

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL**

**Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales**



**TESIS DOCTORAL**

**Las necesidades sociales originadas a consecuencia de la enfermedad  
en pacientes adultos hospitalizados**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Miriam Sánchez Reyes**

Director

Francisco Javier Pomar Fernández

**Madrid, 2016**



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE  
MADRID

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL  
Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales

# LAS NECESIDADES SOCIALES ORIGINADAS A CONSECUENCIA DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS

MIRIAM SÁNCHEZ REYES

DIRECTOR:  
Dr. Francisco Javier Pomar Fernández

Madrid, 2015



**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL**

**Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales**



Las necesidades sociales originadas a  
consecuencia de la enfermedad en pacientes  
adultos hospitalizados

**MIRIAM SÁNCHEZ REYES**

**DIRECTOR:**

**Dr. Francisco Javier Pomar Fernández**

**Madrid, 2015**

**Autora**

Miriam Sánchez Reyes

**Título**

Las necesidades sociales originadas a consecuencia de la enfermedad en pacientes adultos hospitalizados.

**Director**

Dr. Francisco Javier Pomar Fernández

**Programa**

Programa de Doctorado en Trabajo Social  
Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales  
Facultad de Trabajo Social  
Universidad Complutense de Madrid

**Diseño de portada**

LLARdigital

**Depositada**

Julio 2015

*“El doctor está entrenado para que en sus estudios médicos pueda concentrarse en un campo restringido y estudiarlo minuciosamente. El trabajador social está entrenado para mantener los ojos abiertos en cada aspecto de la vida”.*

*(Dr. Richard C. Cabot. 1915)*



# Agradecimientos

Esta tesis doctoral no habría sido posible sin la ayuda de numerosas personas que durante el largo recorrido de gestación, me han dedicado su tiempo, su escucha, su apoyo tanto personal como profesional, y han hecho posible que hoy pueda ver la luz. A todas ellas quiero expresarles mi más sincero agradecimiento:

En primer lugar quiero dar las gracias a mi director de tesis, el Doctor Francisco Javier Pomar Fernández, por estar siempre ahí aún cuando ha habido largos periodos de sequía, por guiarme en este recorrido, por su constante apoyo, y por su ánimo para seguir adelante.

En segundo lugar a mi familia y amigos, ya que sin ellos estoy segura de que no habría llegado hasta aquí, especialmente a:

**Mi madre**, porque gracias a ella soy la persona en la que me he convertido. Gracias por aprender de ella su gran lucha y esfuerzo, su fortaleza, por estar siempre ahí, y por apoyarme en todas mis decisiones.

**Mi padre**, por enseñarme a ver siempre el otro lado de las cosas. Por ser positivo y enseñarme que cualquier desafío se puede lograr o vencer, y que hay que decir “sí” ante los retos. Por convencerme de que las cosas en algún momento cambian, y de que nada (para bien o para mal) dura para siempre.

**Mi hermano David**, gracias por estar siempre dispuesto a ayudarme, por valorar tanto que quiera seguir estudiando y aprendiendo, por ser tú quien siempre me llama para saber cómo me encuentro, y por ser el taxista oficial al aeropuerto sin importarte las horas intempestivas.



**A mi hermana Lorena**, un pilar fundamental en mi vida y mi gran apoyo durante toda la elaboración de la tesis, gracias por estar siempre ahí para escucharme, entenderme, quererme, no sé qué haría sin ti... En estas pocas líneas no cabe la inmensa gratitud que te tengo.

**A mis sobrinos peludos**, *Tino y Mika*.

En tercer lugar, a todos los profesionales del Hospital Universitario del Sureste (Médicos, Enfermeras y Enfermeros, Informadores de Urgencias, Auxiliares de Enfermería, Técnicos de Archivo y Documentación Clínica, Fisioterapeutas, Terapeuta Ocupacional, Administrativos y personal de limpieza), por haberme dedicado su tiempo desinteresadamente, y haber contribuido a que este proyecto se haga realidad.

En especial a mi compañera *Geles*, Técnico de Archivo y Documentación Clínica. Gracias por creer siempre en mí, por tus buenos y sabios consejos, por estar en todos mis momentos, buenos y malos, por tu sinceridad, y sobre todo, por tu paciente escucha.

Y sin que esto pueda interpretarse de modo equivocado, sinceramente doy las gracias a todos aquellos profesionales que no entendieron el motivo de mi tesis, que me pusieron trabas para llevarla a cabo, que se extrañaron de que una “Asistente Social” pudiera realizar estos estudios, gracias de verdad, porque me han ayudado a crecer como persona, me han hecho más fuerte, y sus obstáculos se han convertido en mi fuerza para realizar si cabe con más ganas esta investigación.

En cuarto lugar y no por ello menos importante:

A *D. Carlos Frontado*, Director of Admission del Simmons School of Social Work de Boston (Massachusetts), por haberme dedicado su tiempo generosamente durante mi visita a esta Universidad, primera en impartir formación en Trabajo

Social Clínico, contribuir a la expansión de la profesión, y ser referente en educación sobre Trabajo Social.

A las *Social Workers* del Social Service Department del Wang Ambulatory Care Center, del Massachusetts General Hospital de Boston, primer hospital que estableció un Departamento de Servicio Social en el año 1905. Gracias por haberme enseñado durante mi visita una forma distinta de organizar el trabajo, la importancia de establecer procedimientos y protocolos, el reconocimiento de esta profesión dentro del ámbito hospitalario, su labor, su valor, y sobre todo, gracias por el interés mostrado en conocer la forma de trabajar de una Social Worker en otro país.

Al Psicólogo D. Santiago Fernández González y a la Psicóloga D<sup>a</sup> Marisa Delgado Losada, profesores de la Universidad Complutense de Madrid, por haberme ayudado en un momento de “transición” en el que no sabía si iba hacia delante o hacia atrás con la tesis, estaba “bloqueada” y necesitaba una mirada externa que me alumbrara el camino para poder seguir.

Por último, quiero agradecer a todas aquellas personas que sin esperar nada a cambio, han participado en la investigación compartiendo sus conocimientos y su tiempo, y me han ayudado a convertir esta ilusión en una realidad.

*A todos... GRACIAS*



# Índice

Abstract.....	15
Introducción.....	21
<b>PRIMERA PARTE: MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>29</b>
<b>Capítulo 1: LA ENFERMEDAD.....</b>	<b>31</b>
1.1 Evolución histórica del concepto de enfermedad.....	33
1.2 La experiencia de enfermar.....	37
1.3 Cuando la enfermedad requiere un periodo de hospitalización.....	40
1.3.1 La familia ante la hospitalización de un familiar.....	42
1.3.2 Los pacientes sin familia.....	44
1.3.3 Apoyo social: elemento fundamental en el bienestar de los pacientes hospitalizados.....	45
1.4 El Trabajo Social y su relación con la salud y la enfermedad.....	47
 <b>Capítulo 2: EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO.....</b>	 <b>51</b>
2.1 Definición del Trabajo Social en el Ámbito Sanitario.....	51
2.2 Origen del Trabajo Social en Hospitales.....	53
2.3 Origen del Trabajo Social Hospitalario en España.....	53
2.3.1 Objetivos del Trabajo Social Hospitalario.....	62
2.3.2 Funciones del Trabajador Social en el Ámbito Hospitalario.....	63

2.4	Experiencias de Trabajo Social Hospitalario en otros países: percepciones y limitaciones en el ejercicio de la profesión.....	70
2.4.1	Arabia Saudí.....	71
2.4.2	Estados Unidos.....	77
2.4.3	Hong Kong.....	84
2.4.4	Zimbabue.....	92
2.4.5	Comparativa entre los países analizados.....	100

### **Capítulo 3: LAS NECESIDADES SOCIALES.....**

107	3.1	Definición de necesidad social.....	
107	3.2	Necesidades sociales en el contexto de la enfermedad.....	
111	3.3	Clasificación de las necesidades sociales.....	
112	3.4	La valoración de necesidades sociales en el ámbito hospitalario.....	
116	3.4.1	Grupos de población por tipo de enfermedad.....	117
	3.4.2	Factores de salud que generan problemática social.....	119
	3.4.3	Escalas y cuestionarios de valoración de necesidades.....	120
	3.5	Recursos sanitarios y sociales.....	122

### **Capítulo 4: EL SISTEMA SANIATRIO EN ESPAÑA..... 131**

4.1	Evolución histórica de la atención sanitaria pública en España.....	134
4.2	Base legislativa que regula el actual Sistema Sanitario Español.....	140
4.3	Sistema Nacional de Salud.....	147

4.3.1	Niveles organizativos generales del Sistema Sanitario.....	149
4.3.2	Niveles de atención asistencial.....	150
4.3.3	Cartera de Servicios: prestaciones del SNS.....	152
4.3.4	Centros y equipamientos.....	154
4.3.5	Recursos humanos del SNS.....	156
4.3.6	Financiación del SNS.....	158
4.3.7	Situación actual.....	160
4.4	Sistema Sanitario en la Comunidad de Madrid actualmente.....	164
 <b>Capítulo 5: LOS HOSPITALES.....</b>		<b>165</b>
5.1	Los Hospitales en España.....	171
5.1.1	Los Hospitales en Madrid.....	175
5.1.2	Tipos de Hospitales existentes en la Comunidad de Madrid.....	179
5.1.2.1	Hospitales por dependencia funcional.....	180
5.1.2.2	Hospitales por dependencia patrimonial .....	181
 <b>SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN DE CAMPO.....</b>		<b>183</b>
<b>Capítulo 6: OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA.....</b>		<b>187</b>
6.1	Objetivos de la investigación.....	187
6.2	Hipótesis.....	188
6.3	Metodología.....	189
6.3.1	Diseño del estudio.....	189

6.3.2	Lugar de realización del estudio.....	189
6.3.2.1	Hospital Universitario del Sureste.....	189
6.3.2.2	Unidad de Trabajo Social.....	195
6.3.3	Selección y tamaño muestral.....	197
6.3.4	Técnicas de recogida de datos e información.....	199
6.3.5	Metodología de recogida de datos.....	204
6.3.6	Análisis de datos.....	210
6.3.7	Temporalidad.....	212
6.3.8	Aspectos éticos.....	212
<b>Capítulo 7. RESULTADOS.....</b>		<b>213</b>
7.1	Análisis de resultados: pacientes y familiares .....	213
7.2	Análisis de resultados: profesionales del Centro.....	289
<b>Capítulo 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>		<b>295</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>		<b>309</b>

## ANEXOS

<b>Anexo I:</b>	Escala de Valoración Socio-familiar de Gijón.....	333
<b>Anexo II:</b>	Escala de Sobrecarga del cuidador – Zarit.....	335

<b>Anexo III:</b> Cuestionario Apgar familiar.....	337
<b>Anexo IV:</b> Cuestionario de Apoyo social percibido Duke.....	339
<b>Anexo V:</b> Fórmula de poblaciones finitas.....	341
<b>Anexo VI:</b> Cuestionario Pacientes-Familiares.....	343
<b>Anexo VII:</b> Valoración del Riesgo Social al Ingreso Hospitalario.....	359
<b>Anexo VIII:</b> Guión entrevista a Profesionales del Centro.....	361
<b>Anexo IX:</b> Relación de cuadros, figuras, gráficos y tablas.....	363





# Abstract

**TITLE:** Social needs originated due to illness in hospitalised adult patients.

**INTRODUCTION:** When an illness bursts into a person's life, their world is forever modified; family relationships, private space, work, relationships with friends, and it imposes an important alteration to their daily activities. It is almost always a very unpleasant circumstance that produces fear, anguish and a higher dependence on loved ones. However, above all, it becomes an experience that leaves a permanent mark on patients and their closest relatives' lives.

This research is a **field study** specifically focused on an acute-care hospital included in Madrid's Health System. The hospital consists of 132 beds and provides health services to a population of more than 168,000 inhabitants. It is a new hospital that began its activity in 2008, and offers high quality diagnostic and therapeutic services.

**OBJECTIVE:** To identify and analyse any social needs that are created as a consequence of illnesses, in hospitalised adult patients who are attended by the Social Work Unit in an acute-care hospital.

To obtain this general objective we have the following specific objectives:

1. Describe the socio-demographic profile of hospitalised patients older than 18 who have been attended by the Social Work Unit in this hospital.
2. Determine the most frequent pathologies/reasons for patient admission into the care of the Social Worker, the medical service in charge, and any social needs that appear as a consequence.

3. Establish a possible link between the patient's reason for admission and the level of dependence generated.
4. Analyse the implications that the social needs created by the patient's illness has had at a personal and family level as well as the implications for the hospital's optimization of health-care resources with regards to the social needs created.
5. Evaluate whether there is a need to organise sanitary and/or social resources when the patient is discharged and if those needed are the type of support proposed by the medical professionals, and whether these are preferred by the patient and/or relatives, and which support/help is finally received.
6. Provide enough information so that the Social Work Unit can develop resource-planning strategies that are adequate for the social needs that are created as a consequence of the illness.

**DESIGN:** Descriptive observational and explanatory study, performed from April 2014 to early August 2014.

**SUBJECTS:** 275 non-probabilistic cases, using an intentional sampling, who were attended by the Social Work Unit during their hospitalisation over the study period.

**METHODOLOGY:** Structured interviews were held with patients and/or relatives. An ad hoc questionnaire was designed for this purpose that included the following information: the patient's socio-demographic data; the patient's medical data; any social need created as a consequence of patient's illness; implications of the illness on a personal and family level; the planning of hospital discharge, and the Social Work Unit. In-depth interviews were conducted both by 35 health care and non-health care professionals chosen at random, which included an ad hoc script that complemented the vision of social workers in hospitals.

For the statistical analysis of the data the program SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 22.0 for Windows Vista was used, carrying out a descriptive analysis of all the variables expressing their distribution in terms of absolute frequencies and percentages, complementing the results with a graphic representation. The non-quantifiable data was grouped by similarity of response. To study the possible statistical association between variables, Pearson's Chi-square statistic test was used, considering statistically significant values at  $p < 0.05$ .

## **RESULTS**

The socio-demographic profile of the sample of our study corresponds to an aging population with 59.60% of patients between 76 and 90 years old. 44.64% were married and 37.26% were widowed. Regarding professional status 57.80% were retired and 32.36% were reported to be housewives. They had a *low educational level* with only 56.80% being literate. 37.81% lived with their partner while 21.45% lived in a retirement home. Finally the patient's *income* was a retirement pension (48%), or a widow's pension/husband's retirement pension in 48% and 40.36% of cases respectively.

In 54.18% of cases the illness was followed by a higher dependence in people's basic daily activities, and the most common reason for admission was respiratory disease (22.90%). 84.95% of patients had a principal caregiver at hospital discharge, and these caregivers were able to assume the care of the patient in 70.70% of the cases.

At the time of hospital discharge 29.80% of patients didn't have an appropriate home or residence to return to, and in 48.27% of cases no solution had been proposed to solve this issue.

21.20% of patients did not have enough economic resources to meet the cost of their illness, however in only 2.60% of cases did the illness mean leaving work, which is not strange considering the characteristics of the sample.

On a family level, the illness created needs in all of the variables analysed – either to a larger or lesser extent. Two out of ten patients' relatives stated that they weren't going to have time for themselves, three said that they felt overwhelmed or stressed when trying to include the care of their relative in their daily activities. In addition they were unsure of how they were going to organise and adapt to the new situation. Four out of ten interviewed thought that their social life was going to be modified, and two thought that their health could suffer as a result of taking care of their relative.

In 33.80% of cases it has been necessary to organise some kind of resource or support with regards to hospital discharge, being the percentage of women needing these services slightly higher.

In 4.8% of cases there has been a delay in hospital discharge because of a social problem. 31.88% of the sample did not know of the existence of a Social Work Department in the hospital.

With regards to the evaluation performed by the hospital's professionals in relation to the Social Worker, the data confirm that they clearly identify them and associate their role with the labour of helping others, with the processing and management of help and resources, and with solving social issues.

## **CONCLUSIONS**

1. Health problems requiring hospitalisation originate social needs in all spheres for patients: on personal, familiar, economic, laboral, home/residence and social network levels.

2. The most frequent reason for admission of patients cared for by the Social Worker in hospital has been respiratory disease (COPD, dyspnoea, respiratory failure, etc.), in which no important differences were noted between genders. Specialists belonging to the Internal Medicine Department attended to the highest number of cases.

3. For more than half of patients studied, illness has resulted in a greater degree of dependence to undertake basic activities of their daily life at hospital discharge. Patients with osteoarticular diseases have a higher degree of dependence, female patients being the most affected.

4. The patient's main social demand following an illness is not having an appropriate home or residence available.

5. Female patients are the most affected after suffering an illness that requires hospitalisation, as a higher percentage of them stop performing their leisure and community activities when compared to male patients.

6. Professionals and patients/relatives stated that the most appropriate resource for patients placement after discharge were medium and long stay hospitals. However the most frequent destination of patients after discharge is their own home/residence.

In summary this research shows that, currently, a disease that leads to hospitalization contains multiple social field that need to be addressed, having to insist on the creation of planning strategies that ensure the medical/social care of the patient and meet the real needs that patients and/or family require.



# Introducción

*“Souffrir passe, avoir souffert ne passe jamais”, es decir, el sufrir pasa, pero el haber sufrido no pasa jamás.*

*Léon Bloy: “Le pèlerin de l’absolu” (1910-1912)*

Tras el largo recorrido de gestación que ha tenido este esmerado trabajo de casi 6 años, en el que se cruzaron un cúmulo de situaciones como la necesidad de un año sabático a nivel académico, la adaptación al Grado en Trabajo Social, y un largo proceso de revisión bibliográfica, comencé a motivar mi aprendizaje en aspectos nuevos e interesantes, estudiando autores que ya conocía y otros menos populares del Trabajo Social, textos que me llevaron hacia otros inesperados, sorprendentes y muy enriquecedores, pero sobre todo que me ayudaron a reflexionar y a entender en profundidad en qué consistía la figura del Trabajador Social en el ámbito sanitario y más concretamente en el mío, en el hospitalario, en el que aún a día de hoy siguen existiendo grandes lagunas de indefinición.

Después de todo esto, por fin creí que era el momento de comenzar con este trabajo, y de ¿por qué no? estrenarme como investigadora. Llegué a la conclusión de que no había mejor forma de comenzar que con el estudio de mí día a día, conocer de qué parto para atisbar hacia donde voy pero sabiendo qué necesito, qué carencias existen, y que es necesario generar, sumando a esto la aportación de mi propia vivencia profesional y personal.



Este trabajo, que se presenta como Tesis Doctoral para la obtención del Título académico de Doctora en Trabajo Social (aunque haya muchas personas a las que les haya sorprendido que los trabajadores sociales podamos realizar estos estudios), trata de *identificar y analizar las necesidades sociales que surgen a consecuencia de la enfermedad en pacientes adultos hospitalizados, que han sido atendidos por la Unidad de Trabajo Social en un Hospital de Agudos*, con el objetivo de contribuir a mejorar la atención sociosanitaria que reciben, y adaptarla a las necesidades reales que presentan.

La motivación para abordar este tema, obedece a distintas razones tanto personales como profesionales:

En *primer lugar*, llevar más de 17 años trabajando en el área de la Sanidad aunque no todos ellos abordando la parte social de la persona, que me han ayudado a tener una visión integral de lo que una enfermedad puede desencadenar. A *nivel biológico*, cuando durante años estuve realizando estudios analíticos de muestras biológicas en un laboratorio, interpretando y valorando los resultados para que sirvieran de apoyo al diagnóstico clínico, a *nivel psicológico*, durante el tiempo que formé parte del Servicio de Información y Atención al Paciente del hospital, escuchando el miedo ante una cita que se retrasa en el tiempo, la angustia por no haber sido llamado para una intervención quirúrgica, la incertidumbre durante la espera de unos resultados médicos, así como las quejas, sugerencias y felicitaciones, y por último, a *nivel social* como trabajadora social, valorando las necesidades y problemas sociales surgidos.

El enfermar es una circunstancia desagradable que produce en quien la padece malestar, preocupación e inquietud, y a su vez está ligado a una

mayor dependencia de las personas que le rodean. Sobre todo, lo que más afecta a una persona que ha pasado por un período de enfermedad es que se convierte en una experiencia que deja huella para siempre tanto en ella como en sus familiares más cercanos, no solo por el recuerdo de su dolencia física y/o psíquica, sino porque su mundo cambió en un momento concreto de su vida sin avisar, de manera repentina y sin poderlo elegir, y tuvo que hacer frente a un nuevo estado y posterior periodo de convalecencia con todas las implicaciones que eso conllevaba. A su vez, la vida de la persona de repente pasó a regirse bajo el criterio de profesionales sanitarios, desconociendo qué le ocurría, por qué y cuándo mejoraría, aflorando un sentimiento de indefensión que solo quien lo ha vivido puede entenderlo. Gracias a la atención, profesionalidad, competencia, empatía y cariño de todos los profesionales que atienden a la persona enferma, es posible que ésta pueda sentirse un poco más arropada, aliviada y comprendida en este arduo proceso.

En *segundo lugar*, mi inquietud personal en mejorar la atención sociosanitaria que se presta por parte del trabajador social hospitalario a los pacientes y a sus familiares, y a que exista una mayor coordinación con el resto de profesionales tanto de dentro como de fuera del hospital. Creer que en la mejora de esa atención, independientemente del nivel de complejidad y motivo de consulta, deben tenerse en cuenta desde mi punto de vista tres elementos que intervienen desde el principio hasta el final de la estancia de todo paciente en el hospital: el paciente como actor principal y sus familiares, el profesional que le atiende, y el propio Centro (proporcionando facilidades durante su estancia).

Pienso que el objetivo de una buena atención sanitaria, no es solo considerar de manera aislada la demanda del propio paciente (en este caso su enfermedad o afección), sino tener en cuenta que las personas *per se*, somos

intrínsecamente “seres sociales”, tenemos familia de la que dependemos y/o dependen de nosotros, trabajamos para poder alimentarnos, pagamos una vivienda, y tenemos una serie de obligaciones que llevar a cabo en nuestro día a día. El hecho de que repente enfermemos, produce una agitación en todos estos aspectos de la vida de cualquier persona, sumada a la merma en sus capacidades físicas y/o psíquicas a las que tiene que hacer frente en un determinado momento que por su puesto no ha elegido.

El trabajo realizado por los profesionales sanitarios es de innegable e incalculable valor, pero también lo es el de aquellos profesionales que aún no siendo considerados en la actualidad como personal sanitario, como es la figura del trabajador social, ofrecen un trato cercano, una palabra a tiempo, una gestión coordinada, una escucha activa, y una relación de ayuda que en la mayoría de los casos traspasa la labor estrictamente profesional recayendo directa y positivamente sobre los pacientes.

Considero que la función de un trabajador social sanitario es un pilar imprescindible en la atención a los pacientes, ya que les ayuda a mejorar su calidad de vida teniendo en cuenta sus propias posibilidades, sobre todo, cuando no cuentan con el soporte social, familiar y/o económico que debieran tener. Una buena gestión multidisciplinar es fundamental para que funcione el sistema sanitario, aunque he de decir que uno de los obstáculos con el que me encuentro frecuentemente, no generalizable pero si a tener en cuenta, es el desconocimiento de las funciones y competencias que realiza un trabajador social en un centro hospitalario por parte de otros profesionales cuyas funciones son flagrantes a ojos de los ciudadanos, además de que dichos profesionales suelen decidir cuál es la alternativa, ayuda o recurso más idóneo para el paciente y la familia, creándoles unas expectativas irreales que contribuyen a denostar la figura del trabajador social al no cumplirse.

Creo que si se conociera más ampliamente la actividad que realiza este profesional en las instituciones sanitarias se agilizaría, facilitaría y llevaría a cabo una mejor atención integral del paciente, además de que contribuiría a una gestión hospitalaria más efectiva y eficaz. Por mi parte, existe un firme compromiso de acercamiento de la profesión a todos los profesionales sanitarios y no sanitarios, a la Gerencia del Centro directa e indirectamente, a los pacientes y/o familiares y a su red social, teniendo siempre como hilo conductor aquellas palabras que pronunció el padre del psicoanálisis Sigmund Freud (1886-1939): *“La voz del intelecto es apagada, pero no descansa hasta haber logrado hacerse oír, y siempre termina por conseguirlo después de ser rechazada infinitas veces”*.

No obstante en mi caso, tengo que expresar y agradecer muy sinceramente a mis compañeros con los que trabajo a diario, que ante situaciones complejas en las que me han asaltado dudas de lo que hacer, con quién contar o cual era la mejor opción, gracias a su apoyo, a sus observaciones, a su entrega y profesionalidad, he aprendido de mis errores, y he conseguido realizar una intervención social sin perder la referencia del eje central de toda atención, el paciente y sus familiares, optimizando al máximo las habilidades y recursos que tenía a mi alcance.

Y en *tercer lugar*, aportar mi granito de arena en la consecución del reconocimiento de la especialización del Trabajado Social Sanitario independientemente del lugar asistencial de intervención: Hospital, Centro de Salud de Atención Primaria, Centro de Salud Mental..., contribuir a consolidar la identidad profesional, y apoyar en la igualación del Trabajo Social Sanitario como profesión sanitaria del mismo modo que el resto de profesionales del área de la Sanidad.

He podido comprobar personalmente, que trabajar en el ámbito sanitario conlleva un grado de exigencia no requerida en otros espacios profesionales, y que el trabajador social queda en ocasiones flotando a la deriva realizando un trabajo improvisado falto de conocimiento específico para su práctica profesional. Es por ello, que los trabajadores sociales sanitarios debemos dar un paso hacia delante, seguir avanzando en generar conocimiento y en el equiparamiento de nuestra profesión en este terreno. Ya lleva más de un siglo en danza y es indiscutible la necesidad de una mayor presencia y consolidación en este ámbito, al igual que ocurre en otros países como Estados Unidos o el Reino Unido.

A lo largo de este trabajo vamos a encontrar una primera parte teórica denominada *Marco conceptual*, y una segunda parte correspondiente a la *Investigación de campo*. La temática abordada en cada uno de sus capítulos paso a detallarla brevemente, comenzando por los apartados pertenecientes al Marco conceptual:

En el *Capítulo 1. La Enfermedad*, se hace un breve recorrido por el concepto de la enfermedad a lo largo de la historia, intentando explicar cómo ha evolucionado el concepto, y lo que se entiende por enfermedad en nuestros días. Aborda la experiencia de enfermar, las reacciones de una persona cuando necesita ser hospitalizada, los diferentes tipos de pacientes, y la familia ante la hospitalización de un familiar. Finalmente, se realiza una aproximación general a la relación existente entre el Trabajo Social y el binomio salud-enfermedad.

A través del *Capítulo 2. El Trabajo Social Sanitario*, se pretende conocer el significado del Trabajo Social en el ámbito sanitario, su origen en los hospitales y de forma específica en los hospitales de España, para comprender cuáles son sus objetivos y también sus funciones. Asimismo, se

muestran diferentes experiencias de trabajadores sociales del ámbito hospitalario en otros países, exponiendo sus percepciones y limitaciones en el ejercicio de la profesión.

En el *Capítulo 3. Las Necesidades Sociales*, se exponen diferentes definiciones existentes sobre las necesidades sociales, su clasificación, los instrumentos de valoración de necesidades empleados en el ámbito hospitalario, y los recursos sanitarios y sociales más utilizados.

A lo largo del *Capítulo 4. El Sistema Sanitario en España*, se aborda ampliamente la atención sanitaria pública en España, el Sistema Nacional de Salud, y el Sistema Sanitario en la Comunidad de Madrid actualmente.

En el *Capítulo 5. Los Hospitales*, se trata de enmarcar la aparición de estos establecimientos sanitarios, su labor y evolución a lo largo de los años, en qué momento surgieron en España, cuando aparecieron concretamente en Madrid, y finalmente aborda los diferentes tipos de hospitales existentes a día de hoy.

Tras este recorrido bibliográfico, llegamos a la Segunda parte de este trabajo de investigación consistente en el estudio de campo. Comenzamos con el *Capítulo 6* titulado *Metodología*, en el cual abordamos todas las cuestiones referentes a cómo se ha realizado este estudio para intentar responder al problema planteado, “*las necesidades sociales originadas a consecuencia de la enfermedad en pacientes adultos hospitalizados*”, el tipo de investigación realizada, los objetivos e hipótesis planteadas, así como las técnicas de recogida de datos e información, y el procedimiento seguido para llevar a cabo su indagación.

En el *Capítulo 7* se exponen los resultados obtenidos en la investigación, en los cuales se ha incluido la transcripción textual de algunas de las frases narradas por los propios pacientes, familiares y profesionales del Centro, aportando a los resultados una valiosa información y enriquecimiento.

Por último, en el *Capítulo 8. Discusión y Conclusiones*, se realiza una valoración y evaluación del trabajo presentado, se analiza el cumplimiento o no del propósito de esta investigación, y se plantean nuevas perspectivas para futuras investigaciones dejándose varias líneas abiertas.

Este trabajo pretende ser un punto de partida en el conocimiento de las necesidades de carácter social que surgen en las personas y en las de sus familiares tras un periodo de hospitalización, para intentar buscar soluciones adaptadas a cada uno de ellos, además de un acercamiento a la figura del trabajador social en el ámbito hospitalario. La cada vez mayor diversidad del ser humano, de sus familias y de sus enfermedades, junto a los nuevos modelos de gestión en el ámbito sanitario hacen necesario mayor investigación en el campo del Trabajo Social Sanitario para poder afrontar estas nuevas situaciones.

Esperamos que el lector que se acerca a la lectura de esta Tesis, encuentre en sus páginas una humilde contribución de conocimiento al Trabajo Social Sanitario, una amplitud de miras, y sobre todo, un compromiso en aras de su crecimiento porque como dijo la gran Marie Curie (1867-1934) *“El camino del progreso no es ni rápido ni fácil”*.

# **PRIMERA PARTE:**

## **Marco conceptual**





# Capítulo 1: La Enfermedad

*“La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más onerosa. Todo el que nace tiene doble nacionalidad, en el reino del bien y en reino de los enfermos. Aunque todos preferimos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano cada uno de nosotros está obligado, al menos por un tiempo, a identificarnos como ciudadanos de ese otro lugar”*

*Susan Söntag: “Illnes as Metaphore” (1978)*

Existen numerosas definiciones sobre el concepto de enfermedad, dependiendo del punto de vista desde el cual se esté analizando. Los diccionarios médicos revisados coinciden con una visión biológica, y la definen como una alteración fisiológica o patológica, de todo el cuerpo o de alguna de sus partes, que impide un correcto funcionamiento dando lugar a un conjunto de síntomas particulares. Una frase célebre del patólogo alemán Rudolf Virchow (1821-1902) decía que "el cuerpo es un estado celular en la que cada célula es un ciudadano. La enfermedad no es más que el conflicto entre los ciudadanos de ese estado provocado por la acción de fuerzas externas."

La Real Academia Española amplía el abanico de acepciones sobre este concepto, y lo define en su diccionario como 1) Alteración más o menos grave

de la salud, 2) Pasión dañosa o alteración en lo moral o espiritual, y 3) Anormalidad dañosa en el funcionamiento de una institución, colectividad, etc.

Se puede decir, que el concepto de enfermedad no es algo estático e inamovible, sino que como veremos a continuación, ha ido evolucionado y cambiando a partir de los conocimientos que han ido surgiendo. En este capítulo, no se pretende abarcar extensamente su definición, pero si ampliar su visión a algo más que lo puramente biológico, teniendo en cuenta los aspectos que surgen a raíz de ella tanto a nivel individual como familiar, y en cuyas intervenciones e interacciones sociales entra en juego la figura del trabajador social.

No obstante, no podemos entender el significado de la enfermedad y adquirir una completa comprensión de la misma, sin tener en cuenta el otro extremo del binomio que conforma la compleja vida en la que todos nos encontramos insertos: la salud, cuya estrecha relación con la enfermedad, hace que las personas intenten equilibrar la balanza de este binomio a través de los factores tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo que la conforman.

La Organización Mundial de la Salud define la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo ausencia de afecciones o de enfermedad”, es decir, engloba aspectos subjetivos, objetivos y sociales, y por lo tanto a la hora de hablar de enfermedad, también hay que contemplar estos tres ámbitos: biológico, psicológico y social. No podemos olvidar que además, “la enfermedad supone para el hombre un ataque a su libertad y es siempre una amenaza a su proyecto vital”<sup>1</sup>, ya que lleva asociada connotaciones valorativas cuando la persona es “etiquetada” como enferma, además de repercusiones psicológicas y morales.

---

<sup>1</sup> Gutiérrez, R. (1974). *Temas de Psicología Médica*. Madrid: Marova. p.11

En la actualidad, parece que ya no se tiende a hablar de enfermedades sino de enfermos, es decir, cada sujeto enferma de forma diferente ante una misma patología, y por lo tanto, requerirá un tratamiento individual para su afrontamiento, tal y como dijo Gregorio Marañón, “si el hombre es persona, personal es su modo de enfermar”.

A través de este capítulo se analizará la evolución que ha tenido el concepto de la enfermedad a lo largo de la historia, ahondando en qué supone esa experiencia para la persona y para su familia, haciendo hincapié en la enfermedad que conlleva hospitalización, y terminando con el abordaje a grandes rasgos de la relación entre el Trabajo Social como disciplina con la salud y la enfermedad, punto que dará paso al siguiente capítulo de esta tesis: El Trabajo Social Sanitario, que tratará ampliamente ya el Trabajo Social en el ámbito de la salud.

## **1.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD**

Estudios realizados hasta hoy, sugieren que la noción de enfermedad antecedió históricamente a la de salud.

En los primeros pensamientos del hombre primitivo, la idea de estar sano o estar enfermo se asociaba a elementos naturales o espirituales (fuerzas benignas o malignas) como su desencadenante, explicándose la enfermedad como un proceso multicausal, externo y sobrenatural. Los curanderos de los pueblos primitivos incluían como enfermedades todos los procesos que causaban dolor, además de aquellos estados psíquicos y físicos que impedían a la persona participar en las actividades de supervivencia del grupo. Ellos eran quienes determinaban qué era una enfermedad, quién era un enfermo, y cuál era su rol, además de restablecer el orden y la armonía de la persona, teniendo la autoridad para observar el cuerpo enfermo y ordenar cambios en su vida.

Sin embargo en Egipto, el hombre era considerado sano y no debía de enfermar si vivía conforme a las normas divinas. Los egipcios pensaban que los elementos externos como el viento, los animales o los insectos, podían ser los causantes de producir afecciones, y además creían en tres elementos importantes para la preservación de la salud: *a)* el baño, por su acción purificante, *b)* la evacuación intestinal (para la limpieza y drenaje de los *metw* o canales sanguíneos, y *c)* la vida al aire libre<sup>2</sup>.

En Grecia, en el siglo VI a.C el concepto de la Medicina ya se desligaba de la religión y de lo mágico, y las enfermedades trataban de explicarse como una causa material del mundo que rodeaba al hombre. Hipócrates de Cos (460 — 377 a.C), médico y filósofo, examinaba a las personas enfermas con exactitud, describía los síntomas y los signos de las enfermedades que padecían, y estudiaba las diferencias entre una persona enferma y otra sana, y entre personas enfermas entre sí. Él comenzó a clasificar los datos que había sobre las enfermedades, y toda esa información ha sido considerada la base de todo lo que hoy se conoce sobre la medicina moderna<sup>3</sup>.

Otro médico de gran relevancia, Galeno de Pergamo (130 - 200), realizó múltiples estudios sobre anatomía, patología y fisiología. Él estaba convencido de que el cuerpo se estudiaba mirando dentro de él, y realizaba innumerables disecciones a animales vivos y muertos. Uno de los aspectos más interesantes de su medicina, fue el tratamiento de las enfermedades teniendo en cuenta los agentes multifactoriales que intervenían en el proceso

---

<sup>2</sup> Rico, F. G; Botella, M.; Vargas, L. (2001). Medicina y teorías de las enfermedad en el Viejo Mundo. La antigüedad remota. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, vol. 14, nº 3, pp. 179.

<sup>3</sup> Ibid., p. 183.

morboso, estando su medicina dirigida a corregir los factores intrínsecos y extrínsecos presentes en el proceso de la enfermedad<sup>4</sup>.

Durante la Edad Media y el Renacimiento, la gran cantidad de enfermedades infecciosas existentes hicieron perecer a un gran número de personas. Epidemias como la lepra, el cólera o la sífilis que desarrollaron un carácter epidémico, hicieron que los autores de aquella época trabajasen sobre lo que había hasta entonces sobre las infecciones, ya que no existía una concepción muy clara. A medida que el conocimiento médico fue aumentando y el concepto sobre las enfermedades epidémicas ampliándose, se descubrió que su forma de transmisión era de persona a persona a través de parásitos externos al individuo, independientemente de las circunstancias personales de cada sujeto.

En aquella época, el médico inglés Thomas Sydenham (1624-1689), que fue uno de los fundadores de la Nosología, la ciencia que clasifica las enfermedades, se caracterizaba por el contacto con los pacientes, y por haberse centrado más en el estudio de los síntomas que en las teorías médicas, pudiéndose considerar el inicio del concepto moderno de la medicina con él<sup>5</sup>.

En los siglos XVII y XVIII, el concepto de enfermedad se centró más en los síntomas y signos de los órganos en los cuales podía estar la lesión del paciente, y hasta que no se encontraba su localización anatómica no era

---

<sup>4</sup> Romero, HA... [et al.] (2011). Galeno de Pérgamo: Pionero en la historia de la ciencia que introduce los fundamentos científicos de la medicina. *Anales Médicos Asociación Médica Centro Médico ABC*, vol.56, nº 4, pp. 218-225.

<sup>5</sup> Villanueva-Meyer, M. (2011). Thomas Sydenham (1624-1689): El "Hipócrates inglés". *Galenus*, nº 26, p.80.

interpretada por el médico. Hay que decir, que el siglo XVIII representó una verdadera transformación política y económica cuyo impacto social fue incalculable, y los cambios revolucionarios que se produjeron establecieron las bases para el surgimiento de grandes cambios en la concepción de la salud y la enfermedad.

En el siglo XIX, el químico francés Louis Pasteur (1822-1895) descubría la teoría de los gérmenes como causantes de las enfermedades, y era considerado el fundador de la ciencia microbiológica<sup>6</sup>. Además, el médico alemán Robert Koch (1843-1910), demostraba que los microorganismos eran la causa de múltiples enfermedades, completando así la teoría de Pasteur sobre los gérmenes, y pasando a ser conocido como el fundador de la teoría que confirma que una enfermedad es causada por un organismo específico<sup>7</sup>.

Se puede decir, que a finales de este siglo XIX, ya existían dos posiciones sobre la enfermedad: la del anatomopatólogo, en la que el verdadero fundamento de la enfermedad era su lesión orgánica, y la del fisiohepatólogo, en la que la enfermedad consistía en un proceso de la materia orgánica.

A comienzos del siglo XX, los progresos científicos y técnicos producidos llevaron a creer que muchas enfermedades infecciosas serían erradicadas, pero desafortunadamente esto no ocurrió así, ya que comenzaron a descubrirse otra serie de factores relacionados con la etiología de las enfermedades, a raíz de los cuales surgió la propuesta de la Multicausalidad atribuida a Leavell y Clark en los años 50<sup>8</sup>. Ellos combinaban el agente, el

---

<sup>6</sup> González, J; Calvo, A. (2005). El despertar de la era antibiótica. *Revista Española de Quimioterapia*, vol.18, nº 3, p.248.

<sup>7</sup> Ibid., p. 249.

<sup>8</sup> Arredondo, A. (1992). Analysis and Reflection on Theoretical Models of the Health-Disease Process. *Cadernos de Saúde Pública*, nº 8 (3), p. 257.

ambiente y el huésped como determinantes de la salud, pero no establecían el peso específico de cada factor, incluyendo lo social en el entorno por detrás de lo biológico e individual.

En el siglo XXI en el que nos encontramos, ha tenido sin lugar a dudas un acontecimiento trascendental que posiblemente cambiará el transcurso de las enfermedades de las personas: el conocimiento de la información genética completa codificada en el ADN de la célula humana. Con ello, las enfermedades se combatirán a partir del conocimiento de los genes que las ocasionan, y las primeras terapias basadas en esto ya han comenzado a desarrollarse.

De igual forma en este siglo, se pretende prevenir la enfermedad anticipándose a su aparición, y no sólo tratarla con medicación una vez surgida. Sin duda, todo un reto que cambiará el concepto de enfermedad y que necesitará la colaboración de científicos y de ciudadanos, es decir, algo sin precedentes hasta este siglo<sup>9</sup>.

## 1.2 LA EXPERIENCIA DE DE ENFERMAR

Todos entendemos por experiencia de enfermar algo diferente de lo que es la enfermedad en sí misma. Abarca el dolor físico, alcanza dimensiones económicas y también aspectos morales como la autoestima, la vergüenza y el grupo social<sup>10</sup>. Ante una enfermedad, la persona puede desarrollar

---

<sup>9</sup> Blasco, M.A. (26 de junio de 2011). Retos del S. XXI: El fin de la enfermedad. *El Cultural*. Recuperado el 16 de octubre de 2012: <http://www.elcultural.es/noticias/ciencia/Retos-del-S-XXI-El-fin-de-la-enfermedad/1783>.

<sup>10</sup> Kleinman, A.; Benson, P. (2004). La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la Medicina. *Fundación Medicina y Humanidades Médicas, Monografía nº 2*, p.19.



diferentes tipos de reacciones, siendo habitual una conducta de inadaptación o inadecuación con la que el yo interno del paciente, intenta hacer frente al miedo y a la angustia que le puede producir la enfermedad, aunque también puede desarrollar una conducta favorable y adecuada hacia la misma. Como decía el médico canadiense William Osler (1849-1919) “es mucho más importante saber qué clase de paciente tiene una enfermedad, que saber qué clase de enfermedad tiene un paciente”.

Entre esas conductas de inadaptación o inadecuación más frecuentes que podemos encontrar en los pacientes estarían las siguientes<sup>11</sup>:

- **REGRESIÓN:** cuando la persona al enfermar se convierte en un niño. Puede desarrollar una *regresión pasiva y dependiente*, en la que el sujeto se entrega a los cuidados del personal sanitario y pierde toda iniciativa volviéndose pasivo y dependiente, o bien puede desarrollar una *regresión caprichosa y rebelde*, principalmente hacia las indicaciones médicas y sanitarias.
- **AGRESIVIDAD:** frecuentemente consiste en descargar contra el médico o personal sanitario la culpa sobre aspectos de su enfermedad: origen, complicaciones que se hayan podido producir o cualquier aspecto frustrante. No suelen estar satisfechos con los cuidados que reciben, e incluso perciben un trato distinto respecto al resto de pacientes.
- **INCULPACIÓN:** en estos casos el enfermo se siente culpable de su propia enfermedad y trata de aislarse. Por ello, hay que intentar que el paciente se abra a la comunicación y no caiga en un cuadro depresivo o en un acto de suicidio.

---

<sup>11</sup> Alonso-Fernández, F. (1989) *Psicología médica y social*. Barcelona: Salvat, pp. 288-289.

- **EVASIÓN:** el paciente se instala en un mundo de fantasía y sueños, y crea una segunda vida subjetiva en la que vive la realización de sus deseos y motivaciones insatisfechas. En ocasiones también se da la evasión hacia el mundo del alcohol u otras drogas, en pacientes que pueden percibir su situación como algo insoportable. Este tipo de evasión gradualmente generará desorganización en el mundo del sujeto y en su personalidad, siendo a veces de forma definitiva.
- **NEGACIÓN DE LA REALIDAD:** total o parcial de la situación de enfermedad.
- **ENTREGA ACTIVA A LA ENFERMEDAD:** Esta se puede producir por tres vías:
  - o Vía masoquista: el enfermo considera la enfermedad como un castigo justo y merecido.
  - o Vía ganancial: con la intención de obtener beneficios, sobre todo dos; liberación de responsabilidades y derecho a la ayuda ajena.
  - o Vía hipocondríaca: observación del propio organismo y proliferación de temores a las enfermedades.

Como se ha comentado anteriormente, los pacientes también pueden desarrollar reacciones psicológicas favorables y adecuadas a la enfermedad, que pueden sistematizarse en tres grupos<sup>12</sup>:

- **REACCIONES DE SUPERACIÓN DE LA ENFERMEDAD:** este tipo de reacciones se caracterizan por un auténtico deseo de curación y de

---

<sup>12</sup> Ibíd., p.289

una alta cooperación con el médico. Son pacientes dispuestos a hacer todo lo necesario para superar la enfermedad.

- **REACCIONES IMPREGNADAS DE RESIGNACIÓN:** Son reacciones iguales a las de superación de la enfermedad, pero se mantiene un nivel de iniciativa y actividad psicomotora más baja.
- **REACCIONES DE APROPIACIÓN DE LA ENFERMEDAD:** la persona asume su enfermedad, la acepta, y la incorpora en su vida. Implica el replanteamiento del estilo de vida llevado hasta ese momento.

Sin duda, cada paciente vive la experiencia de enfermar de forma distinta, y tanto la adaptación y aceptación de su enfermedad como la negación de la misma, forman parte de la complejidad y vicisitud que el ser humano debe de afrontar, y en cuyo entramado hay que entender que confluyen muchos más factores que la simple enfermedad.

### **1.3 CUANDO LA ENFERMEDAD REQUIERE UN PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN**

La decisión de la hospitalización casi nunca recae en el paciente: sólo un 2% de los pacientes toma la iniciativa de ingresar en un hospital (Greenly & Davidson, 1988 citado por Brannon, L.; Feist. J. 2001: 91), mientras que en el 98% restante es una decisión médica.

Aunque la imagen de tener que ingresar en un hospital ha cambiado significativamente, ya que se considera el lugar adecuado para tratar los casos complejos, sigue generando ansiedad y tensión en muchos enfermos, produciendo en ellos un gran impacto emocional y una mala adaptación a él. Son numerosos los factores que pueden generar que la hospitalización se perciba como algo potencialmente negativo o generador de tensión, por ello a

continuación, sólo vamos a detallar aquellos que han sido considerados como los más primordiales<sup>13</sup>:

**1. La eficiencia del hospital:** la hospitalización implica que debe de tratarse de una enfermedad seria ya que no puede ser tratada de forma ambulatoria.

**2. El diseño del ambiente:** los horarios y las rutinas están pensadas para la eficiencia de los profesionales, pudiendo entrar en conflicto con la comodidad del paciente, además de los olores, ruidos o luces desagradables.

**3. El ingreso en el hospital:** simplemente por ser un ambiente extraño para la persona al haber sido apartada de su ambiente habitual. Esto puede producir sobretodo en ancianos, desorientación y delirios frecuentemente durante la noche.

**4. Los procedimientos de exploración del paciente:** generan ansiedad ante su desconocimiento, sus fines y sus efectos.

**5. El pase de visita de los profesionales:** porque el paciente puede recibir información para la que no se está preparado.

Es importante señalar, que el papel del paciente hospitalizado no es el mismo que el del enfermo, ya que cuando una persona está hospitalizada es la organización hospitalaria quien la define, mientras que en el papel de enfermo, las personas tienen numerosas opciones en su cuidado doméstico. (Brannon, L.; Feist. J. 2001: 92)

Para ampliar la visión sobre el hecho de la hospitalización, se ha querido también tener en cuenta el punto de vista de los profesionales que trabajan

---

<sup>13</sup> Penzo, W. (1990). *Licenciatura Psicología médica*. Barcelona: Salvat, pp. 116-117.

con pacientes hospitalizados, aportando aquí su descripción sobre los diferentes roles que ejercen los pacientes, y que pueden concretarse fundamentalmente en dos: 1) el rol del “buen paciente”, es decir, aquel que coopera y hace lo que se le dice, y 2) el rol del “mal paciente”, que es aquel que corresponde al que se queja, demanda atención, realiza preguntas y demanda respuestas<sup>14</sup>. Judit Lorber, experta internacional norteamericana en estudios de género describió también estos dos roles, y dedujo que aproximadamente el 25% de pacientes presenta el rol de “pacientes problema” mientras el 75% restante, presenta el papel del “buen paciente” (Lorber, J. 1975, citada por Brannon, L.; Feist. J. 2001: 94)

Para finalizar este apartado, simplemente comentar que en el caso concreto de los trabajadores sociales del ámbito hospitalario, atender a una persona hospitalizada implica en muchas ocasiones apartar prejuicios, evitar etiquetas, aceptar costumbres y entender dogmas, simplemente para poder prestar la mejor ayuda a quienes lo necesitan.

### 1.3.1 LA FAMILIA ANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE UN FAMILIAR

“La familia es la mejor fuente de apoyo social y personal de la que pueden disponer las personas en cualquier situación de la vida” (Robledo, M.L. 1995 citado por Gallar Pérez-Albaladejo, M. 1998:120). La familia es una unidad funcional biológica, psicológica y social, que aparte de los vínculos existentes entre sus miembros, posee normalmente unos modelos de conducta que responden a la sociedad en la que está integrada<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Brannon, L.; Feist. J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo, p.94

<sup>15</sup> Gallar, M. (1998). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Paraninfo, p. 120.

La familia es un apoyo insustituible ante cualquier eventualidad de la vida; pérdida del trabajo, conflictos con la pareja, con los hijos, decepciones, pero sobre todo, ante una circunstancia como la hospitalización. Su presencia en esos momentos, su acompañamiento y apoyo, son fundamentales para la recuperación del enfermo aunque éste no suela ser consciente muchas veces de ello ni del valor que esto tiene.

No cabe duda, de que la hospitalización es un momento de gran repercusión familiar, ya que la enfermedad suele irrumpir de forma imprevista y conlleva una reorganización en el núcleo familiar. A los eventos buenos o malos, por los que atraviesa una familia a lo largo de su vida, se les denomina crisis familiares y podemos distinguir dos tipos<sup>16</sup>: las *crisis evolutivas*, que se producen por la propia evolución de la familia; nacimiento de un hijo, la adolescencia o la jubilación, y las *crisis situacionales*, que aluden a cambios bruscos y no previstos que de repente surgen en la familia, y la someten a un desafío que deben afrontar, como por ejemplo ante un fallecimiento o una enfermedad grave.

Cada familia vive la enfermedad de forma particular, y los factores que hacen que respondan de un modo u otro, y por lo tanto, que definan la predisposición de la familia ante la enfermedad, son numerosos y variados pudiéndose concretar básicamente en los siguientes: el nivel de gravedad de la enfermedad, el miembro de la familia enfermo, la situación socio-económica, la capacidad física y de responsabilidad que puedan asumir los familiares para cuidar al enfermo, los recursos externos de apoyo con los que

---

<sup>16</sup> Ibid., p.123

cuenten, la relación afectiva existente, la tensión emocional, y la experiencia previa de los familiares ante la enfermedad<sup>17</sup>.

Para finalizar, y aunque se abordará más adelante y en profundidad el papel y las funciones del trabajador social en el ámbito hospitalario, no podíamos dejar pasar por alto en este apartado, comentar la fundamental labor que realizan estos profesionales con las familias de los pacientes hospitalizados, puesto que son ellos quienes valoran las necesidades sociales generadas por la enfermedad, proporcionan el apoyo emocional necesario, facilitan la comunicación constante de la familia con el resto de profesionales sanitarios, coordinan los recursos necesarios de cara al alta hospitalaria, y sobre todo, intentan ayudar en la reorganización familiar ante esta nueva situación, algo que sin duda, abarca una dimensión sin parangón dentro del ámbito hospitalario.

### **1.3.2 LOS PACIENTES SIN FAMILIA**

No todos los enfermos cuentan con familiares durante su hospitalización, ni de cuidador que les atienda de cara al alta hospitalaria si van al domicilio. Las circunstancias que rodean esta situación son muy variadas, y se pueden dar por múltiples razones; paciente de edad avanzada cuyos familiares ya han fallecido o son también mayores para acudir al hospital, paciente que está en situación de calle e indigencia y ha perdido toda relación con su núcleo familiar, inmigrante que vive solo en el país, que tenga una mala relación con sus seres queridos, o simplemente, que los familiares tengan muy limitado su tiempo y no puedan estar con él.

Estos enfermos generalmente suelen plantear problemas sociales en el ámbito sanitario, que se traducen en prolongaciones de la estancia

---

<sup>17</sup> Ibíd., p.124

hospitalaria para que puedan volver a su domicilio (cuando lo tienen) en las mejores condiciones posibles, o en derivaciones a un hospital de media/larga estancia para que acaben de recuperarse y puedan valerse por sí mismos al alta del mismo.

En esta circunstancia, es el trabajador social hospitalario quien identifica y valora las posibles situaciones de riesgo social, e intenta buscar las alternativas más adecuadas para el paciente de cara al alta hospitalaria, intentando garantizar en la medida de lo posible la continuidad asistencial de sus cuidados sociosanitarios.

### **1.3.3 APOYO SOCIAL: ELEMENTO FUNDAMENTAL EN EL BIENESTAR DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS**

El apoyo social es un tema abordado por numerosos teóricos, y existen múltiples investigaciones que destacan su influencia positiva tanto en los pacientes como en los familiares que los cuidan.

Como ya hemos visto, la enfermedad desencadena reacciones como la angustia, el miedo o estrés. Una reacción natural ante estas situaciones de peligro, es la necesidad de proximidad con otras personas, con sus palabras, con su contacto físico<sup>18</sup>. Además, si la enfermedad comporta un riesgo para la vida de la persona, las experiencias vividas sobrepasan lo puramente físico o el tratamiento médico, englobando también aspectos sociales, cognitivos y emocionales. En estos casos, los pacientes necesitan apoyo emocional, y discutir sus sentimientos e inseguridades. (Bandura, B. 1991 citado por Gracia Fuster, E. 1997:227)

---

<sup>18</sup> Gracia Fuster, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós Ibérica, p.19



El apoyo social, puede definirse como el conjunto de recursos existentes en el entorno, que contribuyen al mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación, y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario<sup>19</sup>. También se describe como “un proceso de interacción entre personas o grupos de personas, que a través del contacto sistemático establecen vínculos de amistad y de información, recibiendo apoyo material, emocional y afectivo, en la solución de situaciones cotidianas en momentos de crisis”<sup>20</sup>. Para proveer este tipo de apoyo, existen redes sociales *informales o formales*, que constituyen los vínculos que consolidan la salud psicosocial de los individuos, siendo las más frecuentes las siguientes<sup>21</sup>:

- **Apoyo informal:** en este tipo de ayuda estaría incluida la familia como núcleo de las relaciones íntimas y de confianza, los amigos, las relaciones laborales, vecinos, etc.
- **Apoyo formal:** estaría formado por las Instituciones Públicas (profesionales), ONG's, etc.

El paciente hospitalizado se enfrentará a cambios en su vida, por lo que el apoyo social a través de redes sociales informales y formales, será un soporte

---

<sup>19</sup> Rodríguez-Marín, J.; Pastor, M.A.; López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, vol.5, p.355

<sup>20</sup> Vega, OM.; González, DS. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, nº 16, p.1.

<sup>21</sup> Estrada, C.; Chan, E.C (Coord.) (2009). *Apoyo social y colectivos vulnerables: una herramienta para la intervención contra la violencia de género*. Oviedo: Universidad de Oviedo, pp. 34-45.

básico y esencial, y la labor del trabajador social en estos casos, será determinante en la búsqueda de esos apoyos al enfermo.

Por último señalar, que un buen apoyo social ayudará en la intervención terapéutica, rehabilitadora y preventiva, a través de las relaciones intrafamiliares y lo grupos de autoayuda<sup>22</sup>.

#### **1.4 EL TRABAJO SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA SALUD Y LA ENFERMEDAD.**

“La prevención de la enfermedad y la mejora de las condiciones de salud ha formado parte de la agenda de la profesión de Trabajo Social desde sus orígenes”<sup>23</sup>, además de la relación existente con la medicina que se remonta al siglo XIX, en cuyos comienzos el Trabajo Social Sanitario se caracterizaba por ofrecer una asistencia directa a las personas y a los familiares que estaban pasando por una enfermedad, mediante el contacto personal, la comprensión y el soporte emocional<sup>24</sup>.

Hablar de la salud y de la enfermedad, es tener presente la complejidad del ser humano, la interacción con su medio ambiente, con su contexto social y

---

<sup>22</sup> Suarez, M.A. (2011). Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Revista Médica (La Paz)*, vol. 17, nº1, p. 66.

<sup>23</sup> Vázquez, S.; Cid de León, B.G.; Pimentel, J. (2014). La práctica del Trabajo Social en salud desde la perspectiva de los modelos de intervención. *Comunitaria*, nº 7, p. 53.

<sup>24</sup> Consejo General del Trabajo Social. La especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social. *Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental*. Recuperado el 17 de junio de 2013: [http://ascane.org/trabajadores\\_sociales/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf](http://ascane.org/trabajadores_sociales/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf)

cultural, ya que todo ello genera variables sociales muy presentes en todos los procesos de salud y enfermedad que condicionan el estado de bienestar de una persona, aspectos que además son el núcleo de intervención diario del trabajador social.

Como vimos al comienzo de este capítulo, la Organización Mundial de la Salud definía la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo ausencia de afecciones o de enfermedad”. Afortunadamente de esta definición, nacía una nueva concepción de la salud que tenía en cuenta el ámbito social de la persona, y por ende como referente a la disciplina del Trabajo Social para poder dar esa respuesta. Desde entonces, el campo de la asistencia sanitaria intenta ofrecer una atención integral a las personas en todas sus dimensiones, y en aquellas situaciones de pérdida de salud en las que están presentes factores o condicionantes de índole social, es el profesional del trabajo social quien interviene en su diagnóstico, tratamiento, seguimiento o prevención.

Además, cuando la enfermedad desencadena la adaptación a una nueva situación en la persona, que no le permite volver a su actividad habitual o en las condiciones que anteriormente tenía, es nuevamente el trabajador social quien interviene para intentar paliar o minimizar el impacto psicosocial y la aceptación a la misma. Según el sociólogo francés Émile Durkheim “la enfermedad no nos deja siempre desamparados, en un estado de desadaptación irremediable; la enfermedad nos obliga sencillamente a adaptarnos, en forma distinta que la mayoría de nuestros semejantes” (Durkheim, E. 1985: 75).

No cabe duda, de que el Trabajo Social tiene una estrecha relación con la salud y la enfermedad, siendo este campo uno de los más tradicionales dentro del ejercicio de la profesión, no sólo dentro de las instituciones sanitarias (hospitales, centros de atención primaria, centro de salud mental,

etc.), sino también en aquellos centros e instituciones que contribuyen al bienestar general de la comunidad, tanto públicos como privados con o sin ánimo de lucro.

A tenor de la realidad actual, se puede intuir que la relación existente entre el Trabajo Social y la dualidad salud-enfermedad continuará siendo así, teniendo en cuenta la gran proliferación de patologías crónicas y degenerativas existentes, el aumento de la esperanza de vida o la importancia de la educación preventiva, sin olvidar en gran reto sociosanitario al que se enfrenta la Salud Pública en España: la dependencia.

No obstante, en el próximo capítulo ahondaremos en la conceptualización del Trabajo Social en el campo de salud, en su evolución histórica, así como en sus objetivos, funciones y limitaciones.



# Capítulo 2: El Trabajo Social Sanitario

## 2.1 DEFINICIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

The Social Work Dictionary<sup>25</sup> define el Trabajo Social en el ámbito sanitario como “la práctica del Trabajo Social que se produce en los hospitales y otros centros de atención a la salud, cuyo objetivo es facilitar la buena salud, prevenir enfermedades, y ayudar a los pacientes físicamente y a sus familias, a resolver los problemas sociales y psicológicos relacionados con la enfermedad. El Trabajo Social en el ámbito sanitario también sensibiliza a otros profesionales de la atención sanitaria acerca de los aspectos socio-psicológicos de la enfermedad”.

La Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada publicada por el INSALUD (2000), define el Trabajo Social en el campo de la salud como “la actividad que se ocupa de los aspectos psico-sociales del individuo, a través del estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores sociales que concurren en la promoción de la salud y en la aparición de la enfermedad, colaborando en potenciar el carácter social de la medicina<sup>26</sup>”.

---

<sup>25</sup> Barker, R. L. (2003). *The Social Work Dictionary (5th Edition)*. Baltimore, MD: NASW Press, p.267.

<sup>26</sup> Instituto Nacional de la Salud [INSALUD] (2000). *Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada*. Madrid: INSALUD. Subdirección General de Coordinación Administrativa.p.12.

Asimismo especifica, que el Trabajo Social en el ámbito hospitalario “supone la aportación de alternativas o soluciones a las dificultades/problemas sociales que surgen con la aparición y el desarrollo de la enfermedad, con el objetivo de evitar los desajustes socio-familiares que se producen como consecuencia de la pérdida de salud, y estableciendo un sistema de participación de los pacientes y/o familiares en la atención individual y en la toma de decisiones terapéuticas<sup>27</sup>”.

Una trabajadora social con amplia experiencia en el ámbito sanitario como Dolors Colom, lo define como “la especialidad del trabajo social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario: en la atención primaria, la atención sociosanitaria o la atención especializada”<sup>28</sup>.

Amaya Ituarte, trabajadora social con una dilatada experiencia en el ámbito sanitario, define el Trabajo Social en el ámbito de la Salud como “una actividad profesional de tipo clínico que implica, de un lado, el diagnóstico psicosocial de la persona enferma, como aportación al diagnóstico global y al plan general de tratamiento; y de otro lado, el tratamiento (individual, familiar o grupal) de la problemática psicosocial que incide en, o está relacionado con el proceso de salud – enfermedad, siempre dentro del contexto general del tratamiento y en orden al logro de los objetivos de salud. Y que conlleva al área de orientar, cuando el problema así lo requiera, al resto del equipo sanitario, así como al propio paciente y a su entorno, sobre los recursos

---

<sup>27</sup> Ídem.

<sup>28</sup> Colom, D. (2010). El Trabajo Social Sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan*, nº 47, p.109.

sanitarios y sociales que puedan ser adecuados para el logro de los objetivos de salud<sup>29</sup>”.

Por último, la Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario 2012 publicada por la Generalitat Valenciana, define al trabajador social sanitario como “el profesional del equipo multidisciplinar que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, identifica las redes familiares y sociales, y promueve la utilización de los recursos disponibles, a través de acciones de investigación, planificación y programación, educación social, promoción, prevención, asesoría social y gestión de recursos sociales y/o sanitarios, orientadas a la recuperación de la salud y a la participación de individuos, grupos y comunidades, en las instituciones sanitarias”.

## 2.2 ORIGEN DEL TRABAJO SOCIAL EN HOSPITALES

En los orígenes del Trabajo Social en hospitales, encontramos la figura de la *hospital almoner* en el Royal Free Hospital de Londres en el año 1895. La primera persona contratada para este puesto fue Mary Stewart, cuya función principal consistía en revisar las solicitudes de admisión al dispensario de enfermos que por razones económicas tenían que abandonar el tratamiento para su curación, y aceptar aquellas que consideraba adecuadas para recibir cuidados. Desde ese momento, las *social almoners* empezaban a formar parte de los hospitales ingleses, y en el año 1905 siete hospitales contaban

---

<sup>29</sup> Mondragón, J.; Trigueros, I. (1999). *Manual de prácticas de Trabajo social en el campo de la salud*. Madrid: Siglo XXI España editores, p.74



ya con esta figura<sup>30</sup>. Éstas pueden considerarse las precursoras de los actuales trabajadores sociales hospitalarios.

En Estados Unidos, encontramos a quien es considerado uno de los grandes pioneros del Trabajo Social Sanitario, el Dr. Richard Clarke Cabot (1868-1939), médico y educador médico, cuyos intereses incluyeron el trabajo social, la religión, la medicina, y la ética médica<sup>31</sup>. Comenzó su carrera profesional en el Hospital General de Massachusetts, y continuó como miembro del personal consultor hasta su fallecimiento.

El primer contacto del Dr. Cabot con el Trabajo Social fue a través de su relación con Jane Addams, socióloga estadounidense que realizó una gran obra social, participó en obras de caridad, creó una de las primeras casas de acogida de EE.UU, fundó organizaciones de ayuda a las personas, y fue la primera mujer americana en ganar el Premio Nobel por su compromiso social.

Cabot conocía las experiencias previas de la *lady almoner* (dama limosnera) en los hospitales del Reino Unido, y de las *friendly visitor* (visitadoras amistosas) establecidas por el Dr. Joseph Pratt en 1905, cuya labor consistía en ser parte del tratamiento de los pacientes con tuberculosis<sup>32</sup>. Asimismo, Cabot había realizado una visita al Johns Hopkins Hospital de Baltimore, para

---

<sup>30</sup> Gehlert, S.; Browne, T. (2012). *Handbook of Health Social Work (2<sup>nd</sup> Edition)*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, p.6.

<sup>31</sup> Cabot, R. C. (1868-1939). Papers of Richard Clarke Cabot: an inventory. *Harvard University Library (OASIS: Online Archival Search Information System)*. Recuperado el 30 de marzo de 2013: [http://oasis.lib.harvard.edu/oasis/deliver/findingAidDisplay?\\_collection=oasis&inoid=4590](http://oasis.lib.harvard.edu/oasis/deliver/findingAidDisplay?_collection=oasis&inoid=4590).

<sup>32</sup> Abreu, M.C. (2009). El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud. *ENE Revista de enfermería*, vol.3, nº 2, p.73.

conocer el programa de visita domiciliaria que había impulsado el Dr. William Osler en el año 1889, a través del cual los estudiantes de medicina realizaban una visita personal a los enfermos que habían tratado, y se interesaban por sus condiciones sociales. El Dr. Charles P. Emerson, que fue uno de esos estudiantes, introdujo dichas visitas domiciliarias también en los estudiantes de Medicina de la Charity Organization Society (COS) de Baltimore<sup>33</sup>.

El Dr. Cabot pensaba que cada profesión tenía elementos que otras profesiones necesitaban, y vio la relación que existía entre la Medicina y el Trabajo Social: los médicos no tenían en cuenta los factores sociales y psicológicos de la salud, y los trabajadores sociales poseían una amplitud que los médicos no tenían, pero necesitaban ser más científicos en sus métodos, y desarrollar una base teórica para su trabajo.

Por ello Cabot, viendo la importancia que tenían los problemas sociales en la recuperación de los pacientes que él atendía, creó el primer Servicio de Trabajo Social Sanitario, llamado Servicio Social Médico en el Massachusetts General Hospital<sup>34</sup>. Esto ocurría el 2 de octubre 1905, y Garnet Isabel Pelton, se convertía en la primera trabajadora social sanitaria que asumía este encargo<sup>35</sup>. En un principio, el hospital no apoyó la contratación de Pelton, y Cabot tuvo que pagarlo de su bolsillo, dedicándose a documentar que su contratación era rentable. Además, Cabot estuvo pagando el sueldo de 13

---

<sup>33</sup> COLOM (2010), *op.cit.*, pp.114-115

<sup>34</sup> Colom, D. (2011). *El trabajo social sanitario. Los procedimientos, los protocolos y los procesos*. Barcelona: UOC, p.80-81.

<sup>35</sup> GEHLERT,S.; BROWNE,T, *op.cit.*, p.7

trabajadoras sociales hasta que la Junta Directiva del hospital decidió considerarlas parte del mismo.

Las funciones para las que Cabot contrató a Pelton fueron principalmente tres<sup>36</sup>: ayudar a socializar la medicina, actuar de traductor entre el médico y el paciente y su familia, y proporcionar información sobre los factores sociales y mentales, pudiendo ser éstas consideradas las primeras funciones reconocidas a las precursoras del Trabajo Social.

Esta primera plaza de trabajador social se abría en el Departamento de Pacientes Externos, donde Pelton se ubicaba en una mesa situada en un rincón del pasillo de la consulta externa. Ella evaluaba las condiciones de las viviendas de los pacientes para evitar las posibles dificultades en el cumplimiento del tratamiento, ponía en contacto a las personas que necesitaban ayuda de caridad con las agencias que la proporcionaban, y estaba pendiente de las atenciones que necesitaban los enfermos. Pelton realizaba esta labor con la colaboración de 13 voluntarias, entre ellas Ida Maud Cannon, que posteriormente ocupó su lugar. Esta nueva profesión complementaba el diagnóstico médico, aportaba las características de la situación sociofamiliar y económica de los enfermos, y buscaba recursos sociales en la comunidad para que los pacientes pudieran continuar con el tratamiento pautado.

A los seis meses de comenzar su trabajo, Garnet Isabel Pelton contraía la tuberculosis y tenía que retirarse, pasando a ocupar su lugar Ida M. Cannon. Hay algunas dudas sobre si Pelton contrajo dicha enfermedad durante la realización de su trabajo en el Departamento de Pacientes Externos del hospital, no obstante, el Dr. Cabot lo arreglaba para que a Pelton se la

---

<sup>36</sup> *Ibíd.*, 9.

tratase en el Saranac Lake de Nueva York, y posteriormente en Asheville, en el Norte de Carolina<sup>37</sup>.

Ida M. Cannon estuvo al frente del Servicio Social Médico durante treinta y nueve años, y fue nombrada Jefa del Departamento de Trabajo Social del hospital en el año 1914. Esto fue un hecho muy significativo, ya que en aquel tiempo sólo había tres Jefes en el hospital, el Jefe de Medicina, el Jefe de Cirugía, y el Jefe de Trabajo Social. En el año 1918, Cannon creaba la Asociación Americana de Trabajadores Sociales en Hospitales<sup>38</sup>.

Ella fue para su generación, el símbolo de la trabajadora social hospitalaria, desarrolló el modelo de casos individuales en los que incluyó a los pacientes y a sus familiares e investigó de forma exhaustiva la salud del paciente, su vida familiar, situación económica, condiciones de vida y capacidad para el trabajo. Cannon también desarrolló programas de capacitación para los trabajadores sociales del hospital en los que se incluía la educación médica, y contrató para ello a Harriett Moulton Bartlett como directora de educación del Departamento de Trabajo Social. Bartlett estuvo trabajando para este departamento más de 20 años como supervisora, asesora educativa y trabajadora social de casos.

Durante el tiempo en el que Cannon estuvo al frente del Servicio Social Médico, se establecieron clases de modelado de arcilla para pacientes psiquiátricos, almuerzos de bajo coste para los pacientes y personal del hospital, y reuniones interdisciplinarias que incluían a los trabajadores sociales. Siete años más tarde de haberse creado el Servicio Social en el

---

<sup>37</sup> Ibid., 7.

<sup>38</sup> Consultado el 23 de junio de 2013 en: <http://www.naswfoundation.org/pioneers/c/cannon.htm>

Hospital General de Massachusetts, se introducía la especialidad de Trabajo Social Médico en la Escuela de Trabajo Social de Boston.

En julio de 1906<sup>39</sup>, el Hospital Bellevue de la ciudad de Nueva York continuaba con el ejemplo del hospital de Boston, en 1907 era el Hospital Mount Sinai de Nueva York, en 1908 se implantaban 5 servicios más, en 1909 diez, etc. Posteriormente, el Trabajo Social Sanitario se iba extendiendo a aquellos lugares donde la medicina tenía en cuenta a los pacientes en su conjunto y a sus familias, y no solo la enfermedad que padecían, ampliando gradualmente sus funciones a la investigación y a la prevención.



Figura 2.1. Imagen de Ida Cannon y el Dr. Richard C. Cabot en el Departamento de Servicio Social del Hospital General de Massachusetts.

Fuente: Extraído de Bull, W; Bull, M. (2011) *Something in the Ether: A bicentennial history of Massachusetts General Hospital 1881 to 2011*, Memoirs Unlimited, Massachusetts.

---

<sup>39</sup> COLOM (2011), *op.cit.*, p.82.

En el año 1912, se llevaba a cabo en Nueva York la primera Conferencia de Trabajo Social en Hospitales. Esta conferencia se estuvo realizando de forma regular desde 1912 a 1933, y las conclusiones extraídas se recogían en un informe trimestral que destacaba los avances de diferentes Servicios Sociales en hospitales. En 1913, doscientos hospitales de EE.UU ya contaban con trabajadores sociales<sup>40</sup>.

En el año 1922, Mary Ellen Richmond, otras de las grandes pioneras del Trabajo Social Hospitalario en su libro Caso Social Individual, se refería al trabajador social hospitalario como el "interprete de la población ante el hospital y del hospital ante la población"<sup>41</sup>.

En la actualidad, más de una tercera parte de todos los trabajadores sociales del mundo ejercen su labor en el ámbito sanitario, y casi la mitad de todos ellos, realizan funciones relacionadas directa o indirectamente con la salud de la población, según datos de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales<sup>42</sup>.

### **2. 3 ORIGEN DEL TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO EN ESPAÑA**

En el año 1964, se reconocía la profesión de Trabajo Social de forma oficial mediante el Decreto 1403/1964 de 30 de abril, sobre reglamentación de las Escuelas para la formación de Asistentes Sociales. En dicho decreto, se constataba la actividad de los asistentes sociales por lo menos desde 1932,

---

<sup>40</sup> GEHLERT,S.; BROWNE,T, *op.cit.*, p.11

<sup>41</sup> Díaz, E.; Díaz-Faes, C... [Et al.] (2002).*Trabajo Social en el Sistema Sanitario Público: balance, análisis y perspectivas*. Oviedo: KRK, p.16.

<sup>42</sup> ABREU, M.C., *op.cit.*, p.74

año en que se creó la Escuela Católica de Enseñanza Social en Barcelona. Asimismo, se establecía una duración no inferior a 3 años de estudios para obtener el título, que incluía formación en Sociología, Psicología, Religión y Moral así como una preparación sanitaria, jurídica y económica.

Los primeros trabajadores sociales en el ámbito hospitalario, surgieron en hospitales dependientes de la Iglesia Católica que prestaban asistencia a enfermos desde una concepción cristiana de la caridad, y en fundaciones benéficas que atendían a enfermos sin cobertura sanitaria ni recursos económicos. Los hospitales privados de Cataluña fueron pioneros en tener trabajadores sociales en sus plantillas (Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Hospital San Juan de Dios, etc)<sup>43</sup>.

El primer hospital que estableció un Servicio Social en España fue el Hospital Provincial de Madrid en el año 1950, siendo realizada la primera contratación por el Servicio de Psiquiatría de López Ibor<sup>44</sup>. Desde entonces, se han ido incorporando a las plantillas hospitalarias trabajadores sociales.

A diferencia de Europa y EEUU, el Trabajo Social Hospitalario en España se orientó más a resolver los problemas sociales que alteraban la dinámica del hospital y a realizar actividades burocráticas, que a complementar la evaluación realizada por el equipo sanitario sobre un paciente, no

---

<sup>43</sup> Hernández, G.; Munuera, M.P. (2010). Consideraciones históricas relevantes del Trabajo Social sanitario. En Acero, C.; Castillo, A... [Et al.]. *El imaginario del Trabajo Social en las tesis de fin de estudios 1938-1983*. Madrid: EUTS/ Universidad Complutense de Madrid, p. 41.

<sup>44</sup> DÍAZ, E.; DÍAZ-FAES, C... [Et al.], *op.cit.*, p. 20.

participando en el diagnóstico, tratamiento, y mucho menos en los niveles de planificación<sup>45</sup>.

Con la aprobación de la Ley 3/1977 de 4 de enero, se reconocía un espacio profesional propio dentro de la Administración General del Estado a los Asistentes Sociales, aunque no fue hasta el año 1984 con la Ley 30/1984, cuando se les incluyó en el nivel técnico correspondiente a su titulación.

En el año 1986, se aprobaba la Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad que reconocía el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos, principio también recogido en el artículo 43 de la Constitución española. Asimismo, se establecía como una norma básica de aplicación en todo el territorio del Estado español. Esta Ley exigía al Sistema Nacional de Salud tener en cuenta la atención social del individuo, fundamentándose así, la existencia del trabajador social en el ámbito de la sanidad<sup>46</sup>.

Posteriormente, era aprobado el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, cuya disposición adicional cuarta establecía lo siguiente: “La atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurren en las situaciones de enfermedad o pérdida de la salud tendrán la consideración de atenciones sociales, garantizándose en todo caso la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación por las Administraciones Públicas correspondientes de los servicios sanitarios y sociales”. Con esto, se hacía necesaria la presencia de los trabajadores

---

<sup>45</sup> Servicio Extremeño de Salud [SES] (2007). *Organización y funcionamiento del Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria de Salud*. Badajoz: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud, p. 50.

<sup>46</sup> INSALUD, *op.cit.*, p.11.



sociales en los diferentes niveles de atención sanitaria; primaria y especializada.

También en el año 1986, se celebraban en Zaragoza las *I Jornadas Nacionales de Trabajo Social y Salud*, de las cuales surgió la Asociación Española Trabajo Social y Salud, y posteriormente la revista del mismo nombre<sup>47</sup>.

En la actualidad, la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias, sigue sin reconocer a los trabajadores sociales en el campo sanitario como profesionales sanitarios, ni el Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, considera al Trabajo Social Sanitario una especialidad.

### 2.3.1 OBJETIVOS DEL TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO

El Trabajo Social es “un quehacer profesional de complemento y apoyo de las acciones médico-sanitarias a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas del todo, que es la institución de salud<sup>48</sup>”. Sus objetivos se incluyen dentro de los generales de la institución en la que se encuentren, enfocados siempre desde un punto de vista social.

---

<sup>47</sup> HERNÁNDEZ, G.; MUNUERA, M.P, *op.cit.*, pp. 42-43.

<sup>48</sup> Guía de intervención de Trabajo Social Sanitario.2012. *Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat*, p.7. Recuperado el 2 de agosto de 2013: [http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Guia\\_Intervencion\\_Trabajo\\_Social\\_Sanitario.pdf](http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Guia_Intervencion_Trabajo_Social_Sanitario.pdf)

Pero además, como objetivos específicos del Trabajo Social Hospitalario se pueden establecer los siguientes<sup>49</sup>:

- Aportar al equipo interdisciplinar de salud el diagnóstico social realizado, que puede incidir en el motivo de la enfermedad, desarrollo, tratamiento y sus consecuencias sociales.
- Orientar, informar y capacitar a los pacientes y sus familiares, y a la comunidad en general, de las necesidades que se derivan de la propia enfermedad, para que actúen como parte activa de su prevención, promoción y recuperación de la salud.
- Y por último, participar en las políticas de salud que se desarrollen.

### **2.3.2 FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**

Como hemos comentado anteriormente, las primeras funciones ejercidas por los trabajadores sociales que realizaban su labor en los hospitales se centraban más en las tareas de tipo burocrático que en las propias de la profesión, quizás debido a que en esos primeros momentos no estaban aún definidas. Hasta el año 1979, no se publicaba el primer documento oficial que recogía las funciones de los trabajadores sociales del ámbito hospitalario, emitido por el ya extinto Instituto Nacional de Previsión. (Mozos, A. 1996 citada por Gil, M.; Plaza, E. 2003:154).

Posteriormente, el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales elaboraba en el año 1984 un nuevo

---

<sup>49</sup> *Ibíd.*, 8.

documento denominado “Definición de las Funciones de los Trabajadores Sociales Sanitarios”, contribuyendo así a la consolidación de sus funciones<sup>50</sup>.

El Manual de Prácticas de Trabajo Social en el campo de la Salud publicado por los trabajadores sociales Mondragón y Trigueros (1999), establece como funciones desarrolladas por el trabajador social hospitalario las siguientes:

1. **Atención directa a enfermos y/o familias.** Este tipo de atención consta fundamentalmente de 3 acciones: el estudio sociofamiliar, el diagnóstico de la problemática y el tratamiento social.

Paralelamente a estas, el trabajador social desarrolla también funciones de gestión de recursos, prevención de futuras necesidades, rehabilitación y reinserción social y/o familiar, y aporta al equipo médico los aspectos sociales del paciente que pueden incidir en su diagnóstico y en el tratamiento de su enfermedad.

2. **Acción sobre el Centro Sanitario:** planificación del Centro, participación en Comisiones de trabajo, en investigaciones del hospital, información y asesoramiento a los órganos de gobierno sobre aspectos sociales específicos, y participación en la formación permanente del personal.
3. **Acción sobre la comunidad:** el trabajador social ha de promover la presencia del hospital en la comunidad, contribuyendo desde el Centro con medios técnicos y programas de docencia en la zona, planificando y coordinando una acción social conjunta, y creando y promoviendo recursos sociales y la mejora de los existentes.

---

<sup>50</sup> Gil, M.; Plaza, E. (2003). Trabajo Social Hospitalario. Análisis de la evolución de las funciones de los trabajadores sociales. *Trabajo Social Hoy*, nº 40, p. 154.

- 4. Investigación:** de problemas sociales que se hayan podido descubrir con la exportación de datos de la Unidad de Trabajo Social del hospital, análisis y estudio de las causas que han generado problemas con el equipo interprofesional, investigación y promoción de técnicas y metodología del Trabajo Social, y por último, investigación de recursos, necesidades y procedencia de las demandas.
- 5. Docencia y formación permanente:** asistencia a ponencias, cursos, seminarios, grupos de trabajo que organicen los Colegios Profesionales, y reuniones conjuntas entre los miembros de la Unidad de Trabajo Social.

Asimismo, la Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada publicada por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) en el año 2000, establecía cinco Servicios o prestaciones básicas del Trabajo Social, que todos los hospitales de la red del INSALUD debían garantizar:

- Información, valoración y orientación.
- Diagnóstico y tratamiento social.
- Soporte psicosocial.
- Tramitación de acceso a recursos.
- Coordinación con servicios y programas socio-sanitarios.

No obstante, en relación a esta Guía publicada por el INSALUD, hay que tener en cuenta que en el año 1981<sup>51</sup> de acuerdo al proceso de descentralización territorial que se había iniciado en España, se comenzaba el traspaso de los servicios sanitarios gestionados por el INSALUD a las

---

<sup>51</sup> Bohigas, L. (2003). La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, vol. 17, nº 4, p. 316.

Comunidades Autónomas que terminaría veinte años después. Con ello, los servicios prestados por el INSALUD hasta entonces, pasaban a ser ofrecidos por diferentes organismos dependiendo de cada Comunidad Autónoma, siendo en Madrid el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

La investigación realizada por Gil y Plaza (2003), sobre la evolución de las funciones de los trabajadores sociales en el ámbito hospitalario, deja patente las llevadas a cabo, y pone de manifiesto las dificultades a las que los profesionales han debido y deben enfrentarse, las limitaciones con las que se han encontrado y encuentran, o la falta de reconocimiento profesional y funcional existente (entre otros). Analizado este estudio por la doctoranda por su relevancia y aportación al tema presente, se ha creído oportuno aportar las conclusiones extraídas, y que pueden concretarse en las siguientes<sup>52</sup> :

- En relación al comienzo del ejercicio de la profesión, la investigación confirma el desempeño de funciones de carácter administrativo por parte de los profesionales en este campo cuando comenzaron el ejercicio de la profesión, y la realización de intervenciones sólo puntuales relativas a Trabajo Social correspondientes mayoritariamente a estudios de casos. También se identifica la existencia de un desconocimiento de las funciones ejercidas por el trabajador social entre los profesionales sanitarios, y falta de inclusión de este profesional dentro de los equipos multidisciplinares. A ello se suma, la ausencia de una red de Servicios Sociales como la que hay actualmente, y la carencia de recursos externos o de otras redes de asistencia que imposibilitaba ofrecer una atención integral.

---

<sup>52</sup> GIL, M; PLAZA, E., *op.cit.*, pp.152-158, 160-165.

- La función mayoritaria identificada por los trabajadores sociales es la llamada *atención directa*, además de ser la que mayor tiempo de la jornada laboral les supone.
- Como dificultades detectadas por parte de los trabajadores sociales se han encontrado varias:
  - 1) Desde los hospitales se tiende a acortar las estancias hospitalarias, por lo tanto, la intervención de los trabajadores sociales se ve mermada en cuanto al tiempo de intervención se refiere.
  - 2) Se ha manifestado la escasa coordinación con algunos profesionales sanitarios, concretamente médicos, los cuales no ponen en conocimiento de los trabajadores sociales situaciones de riesgo social o lo hacen demasiado tarde, disminuyendo aún más el tiempo del que disponen estos profesionales para intervenir con el caso.
  - 3) Se explicita la falta de conocimiento por parte de la dirección del hospital de las funciones de los trabajadores sociales y el escaso apoyo de las mismas para preservar la acción social.
  - 4) Por último y siendo de relevancia para los trabajadores sociales, la escasez e insuficiencia de recursos sociosanitarios sumados a la falta de adecuación de estos recursos a las situaciones reales que se presentan y su excesiva burocratización para acceder a ellos, dificulta enormemente sus intervenciones.
- Las problemáticas de la población atendida: mayoritariamente los pacientes atendidos por los trabajadores sociales son los pacientes que tienen mayor edad, y suelen plantear o llevar asociada una problemática social ya sea sociofamiliar, económica, falta de adaptación de su domicilio al alta hospitalaria o dependencia derivada de su patológica o tratamiento médico.

- Las intervenciones realizadas por los trabajadores sociales, se dirigen fundamentalmente a la resolución de las demandas planteadas por el propio paciente, la familia o los profesionales sanitarios del Centro. La resolución con éxito, dependerá de la coordinación con diferentes niveles asistenciales; Atención Primaria y red de Servicios Sociales.
- En relación a la Atención sobre el Centro Sanitario, que incluye la participación en comisiones del hospital, en la planificación del Centro, realización de investigaciones, etc, los trabajadores sociales han realizado una escasa alusión a ella. Igualmente sobre el ámbito de las Acciones en la Comunidad, aunque es otro ámbito sustancial de actuación para los trabajadores sociales, su desarrollo ha estado escasamente abordado.
- Formación permanente y la investigación: debido a la transformación constante de la sociedad, los trabajadores sociales deben de estar continuamente actualizando sus conocimientos, pero el llevarlo a cabo depende de la decisión personal de cada profesional. Del estudio se desprende que los Centros donde trabajan los profesionales permiten la asistencia a cursos, seminario, etc., pero en relación al importante tema como es la investigación no se hace alusión.
- Otro de los temas abordados en este estudio ha sido la docencia en sus dos niveles (Pregraduados y posgraduados): hay que decir sobre este ámbito de los trabajadores sociales, que ha estado también muy poco presente entre los profesionales participantes en el estudio.

- Los resultados del estudio muestran que los trabajadores sociales se decantan mayoritariamente por una *no* consolidación del Trabajo Social Hospitalario, en parte debido a la falta de apoyo legislativo, y coinciden en que se encuentra en proceso de ello.
- Por último decir, que la Ley 12/2001 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM), ha generado cambios en la organización y funciones de los trabajadores sociales, ya que unifica los Servicios de Trabajo Social y Atención al Paciente (en los Centros en los que no estaban unificados), y los trabajadores sociales han vuelto a asumir funciones que no son propias de la profesión pero que son establecidas por la institución.

Se puede concluir diciendo, que las funciones del Trabajo Social en el ámbito hospitalario han ido evolucionando con los años, algunas de sus funciones se han desarrollado y consolidado, pero otras muchas funciones siguen necesitando una mayor expansión por parte de los trabajadores sociales. Prueba de este impulso de nuevas acciones en la profesión, es el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid, que cuenta con diferentes Grupos de Trabajo para abordar temas de relevancia profesional, entre ellos, uno específico de Atención Especializada en Salud, que ha estado trabajando desde el año 2010 en la Cartera de Servicios de las Unidades de Trabajo Social de los Hospitales de la Comunidad de Madrid, y en el Registro Único de la Historia Social (R.U.H.S.O), con el objetivo de contar con un sistema de información unificado que permita evaluar el trabajo diario, y también de forma conjunta, con los diferentes centros hospitalarios.



## **2.4 EXPERIENCIAS DE TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO EN OTROS PAISES: PERCEPCIONES Y LIMITACIONES EN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN.**

El novelista estadounidense Henry Miller (1891-1980) dijo que “nuestro destino de viaje nunca es un lugar, sino una nueva forma de ver las cosas”.

Cada país, sus habitantes, sus costumbres, conocer cómo viven o como piensan, nos hace ampliar nuestros conocimientos y crecer como personas, cultural y profesionalmente. Las características y aspectos propios de una zona geográfica pueden generar desafíos únicos para los profesionales, y concretamente para los trabajadores sociales pueden generar experiencias de relevancia que ayuden a enriquecer la profesión.

En este apartado, realizaremos un recorrido por diferentes países cuyas características socioeconómicas, culturales, políticas o religiosas son muy diferentes a España, y en cuyo ámbito hospitalario ejercen su labor los trabajadores sociales.

Se analizarán diferentes estudios de investigación realizados específicamente a profesionales que ejercen en este contexto, y se revisarán artículos que examinan la literatura existente sobre el tema, con el objetivo de ampliar la visión general sobre este profesional en otros países, conocer las limitaciones a las que se encuentran en su práctica diaria, los retos, y descubrir a través de sus percepciones personales y profesionales, las posibles similitudes y/o diferencias existentes con los profesionales del Trabajo Social Hospitalario en nuestro país.

### 2.4.1 ARABIA SAUDÍ

Comenzamos este recorrido con Arabia Saudí, un país situado en la península arábiga y que para situarnos en él sin hacer una excesiva exposición del mismo, diremos que cuenta con más de 27 millones de habitantes entre los que se encuentran 1.215 residentes españoles. El Reino de Arabia Saudí (nombre oficial Al Mamlaka Al Arabiya Al Saudia) tiene una forma de Estado constituido por una Monarquía absoluta basada en las reglas que gobiernan una sociedad islámica, su lengua oficial es el árabe, y su religión está formada por musulmanes suníes 85%, musulmanes shiíes 14%, y cristianos 1% <sup>53</sup>.

Hablar de su Sistema Sanitario sería también tema de larga exposición y análisis, pero en un sentido amplio y en líneas generales para poder centrar y ubicar el tema que nos ocupa sobre los trabajadores sociales que ejercen su labor en los hospitales, se puede decir que Arabia Saudí es un Estado que cuenta con un sistema de salud en desarrollo con altas expectativas de mejorar, el cual pretende que se pueda acceder a él de una forma fácil y con altos estándares de calidad, y cuyo objetivo es prestar una asistencia sanitaria a todos los ciudadanos del Reino que responda a sus necesidades (lugar correcto en el momento adecuado), además de velar por la salud pública<sup>54</sup>.

---

<sup>53</sup> Datos extraídos de la Ficha País publicada por la Oficina de Información Diplomática del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación de España: Consultado el 15 de enero de 2010 en: [http://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPaís/Arabiasaudi\\_FICHA%20PAIS.pdf](http://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPaís/Arabiasaudi_FICHA%20PAIS.pdf)

<sup>54</sup> Ministerio de Salud de Arabia Saudí: Consultado el 19 de enero de 2015: <http://www.moh.gov.sa/en/Ministry/About/Pages/Strategy.aspx>

Su sistema sanitario está integrado por servicios públicos y privados, y cuenta con servicios de atención primaria y servicios especializados terapéuticos, en los que la preservación los derechos de los pacientes (conocimiento de su enfermedad, opciones de tratamiento, elegir su médico, etc), se han convertido en aspectos principales en los objetivos de la estrategia de salud del país<sup>55</sup>.

Según los últimos datos publicados por el Ministerio de Economía y Planificación que corresponden al año 2003, el Sistema de Salud saudí contaba ya en esas fechas con un total de 1.804 centros dedicados a la salud, de los cuales 194 serían hospitales con un total de 28.522 camas<sup>56</sup>. Para que nos podamos hacer una idea de lo que estos datos suponen, en comparativa con España que cuenta con una población de más de 46 millones de habitantes, según el Catalogo Nacional de Hospitales del año 2014, el Sistema Sanitario español cuenta con 788 hospitales y un total de 159.970 camas.

Actualmente, el Ministerio de Salud saudí tiene en ejecución o en construcción, nuevas ciudades médicas y hospitales (especializados y generales) para cubrir regiones y provincias de todo el país. Según los últimos datos publicados por este Ministerio, se han creado en los últimos 3 años 776 nuevos centros de Atención Primaria de la salud, y 637 centros están en construcción. En relación a los hospitales, se han inaugurado 61 hospitales con una capacidad de 7.956 camas en los últimos 5 años, y 138 hospitales se

---

<sup>55</sup> Ídem.

<sup>56</sup> Ministerio de Economía y Planificación de Arabia Saudí: Consultado el 19 de enero de 2015 en: <http://www.mep.gov.sa/themes/Dashboard/index.jsp>

están acondicionando para su licitación<sup>57</sup>. Estos datos pueden dar cuenta de la gran expansión en el ámbito de la salud que se está produciendo en este país, y por lo tanto, de los desafíos a los que profesionales van a tener que enfrentarse.

En relación al tema que nos ocupa, los investigadores Abdulaziz Albrithen y Nadir Yalli, ambos pertenecientes a Universidades de Arabia Saudí, han realizado varios estudios a trabajadores sociales que ejercen su labor en los hospitales saudíes. Estos estudios exploran acerca de los factores personales y profesionales que influyen en los trabajadores sociales, y de cómo estos profesionales perciben su papel y describen su práctica profesional.

Hay que decir, que en este país los estudios en Trabajo Social comenzaron en el año 1962, en un instituto de secundaria que proporcionaba cursos de Trabajo Social general a quienes tenían un certificado de estudios intermedios. En la actualidad, son cinco las instituciones de educación superior en Arabia Saudí las que enseñan Trabajo Social: la Universidad Princesa Nora Bent Abdul Rahman, la Universidad Rey Saud, la Universidad Imam Mohammed Bin Saud Islamic en Riyadh, la Universidad Umm Al-Qura en Makkah, y la Universidad Rey Abdulaziz en Jeddah, aunque no hay uniformidad en los planes y programas de estudio entre los departamentos y facultades de Trabajo Social saudíes<sup>58</sup>.

---

<sup>57</sup> Ministerio de Salud de Arabia Saudí: Consultado el 19 de enero de 2015 en: <http://www.moh.gov.sa/en/Ministry/MediaCenter/Publications/Pages/Publications-2014-09-18-001.aspx>

<sup>58</sup> Albrithen, A.; Yalli, N. (2013). A Discussion of Professional Issues Of Hospital Social Workers in Saudi Arabia. *Social Work in Health Care*, 52 (1), pp.20, 21 y 24.

En relación al Trabajo Social específicamente en el campo de la salud, hay que decir que actualmente es uno de los campos más eficaces en los que se ejerce el Trabajo Social en Arabia Saudí, aunque el papel desempeñado por los trabajadores sociales concretamente del ámbito hospitalario en relación a las decisiones de los usuarios es muy limitado<sup>59</sup>. Con frecuencia, son los familiares los que consultan con el paciente y deciden su bienestar. Los saudíes normalmente son reacios a aceptar que una persona desconocida les pueda ayudar a decidir los cuidados que pueda necesitar un paciente, aunque sea de su misma comunidad o tenga creencias religiosas similares (Gray et al., 1995 citado por Albrithen, A.; Yalli, N. 2011:847).

Los resultados sobre el estudio realizado por Albrithen y Yalli (2013) a los trabajadores sociales del ámbito hospitalario en relación a temas profesionales, muestra en primer lugar la escasa participación de la mujer en la investigación. Esto refleja la dificultad que tienen las mujeres para trabajar en la profesión de Trabajo Social, en un país cuyo contexto cultural generalmente se opone a que las mujeres saudíes trabajen en ambientes mixtos de género (Al-Jarf, 1999; Al-Wehady y El-Gilany, 2001 citado por Albrithen, A.; Yalli, N. 2013:26), aunque la participación de las mujeres se ha ido incrementado progresivamente en los últimos 20 años. La estructura de trabajo y la ubicación del Departamento de Trabajo Social en los hospitales, también se ha desarrollado teniendo en cuenta las normas culturales relacionadas con el género<sup>60</sup>.

---

<sup>59</sup> Albrithen, A.; Yalli, N. (2011). The Perceptions of the Personal and Professional Factors Influencing Social Workers in Saudi Hospitals: A Qualitative Analysis. *Social Work in Health Care*, 50 (10), pp.846-847.

<sup>60</sup> Ídem.

Según esta investigación, existe un elevado número de licenciados en Trabajo Social entre los participantes. Esto no es de extrañar, si se tenemos en cuenta que una licenciatura es la titulación mínima necesaria para poder ejercer en Arabia Saudí, aunque no es necesaria una titulación en disciplinas sociales para poder trabajar en ello, quizás debido a la falta de disponibilidad de programas de educación superior en Trabajo Social y a la creciente demanda de trabajadores sociales en salud que es muy superior a la oferta de profesionales<sup>61</sup>.

En otros países, la cualificación profesional en Trabajo Social no incluye una titulación de licenciatura, pero sin embargo, cuentan con amplias oportunidades de formación educativa (cursos, másteres, seminarios, talleres, etc, tanto presenciales como semipresenciales, a distancia u on line) sobre Trabajo Social. Hay que reseñar que en Arabia Saudí, el Internet no está disponible para continuar la educación en árabe<sup>62</sup>.

Este estudio también revela que la mayoría de profesionales en este campo, actualmente ocupan puestos de “trabajador social”, aunque han ocupado puestos con la denominación de “sociólogo” o “sociólogo asistente” en los hospitales pertenecientes al Estado. A finales de 1990 estos puestos y cargos fueron reclasificados como trabajadores sociales, y aunque no parece estar muy claro si esa nueva clasificación ha influido en las responsabilidades que ejercen, los encuestados si sugieren un impacto limitado sobre su rendimiento y funciones.

De esta investigación se desprende que los trabajadores sociales de los hospitales saudíes perciben limitaciones en sus habilidades e inadecuadas

---

<sup>61</sup> Ídem.

<sup>62</sup> Íbid., p.851.

oportunidades de formación para poder desempeñar sus funciones con eficacia y una “mejor” práctica. Más de la mitad de los profesionales revelan que se les requiere para que realicen tareas para las que no han sido preparados, y destaca el apoyo de los compañeros y supervisores de los departamentos de trabajo social, cuando los profesionales tienen menos experiencia en las habilidades necesarias para el desempeño del trabajo.

Sin una apoyo eficaz (por ejemplo emocional, profesional) de los miembros del Departamento de Trabajo Social del hospital, puede ser difícil principalmente para los recién contratados llevar a cabo sus funciones y permanecer en activo en el ámbito de la atención a la salud (Acker, 1999; Huxley et al., 2005; Um y Harrison, 1998 citado por Albrithen, A.; Yalli, N. 2013:32). Muchos de los participantes opinan que sus supervisores directos si actúan de una forma correcta a la hora de abordar los problemas a los que se enfrentan en sus departamentos, y actúan para mejorar la calidad de los servicios de trabajo social, aunque perciben que esa supervisión es deficiente al considerarla insuficiente y/o ineficaz para apoyar las necesidades que presentan.

En relación a la participación de los trabajadores sociales en los equipos multidisciplinares de salud, parece existir bastante igualdad entre aquellos que se muestran satisfechos con esta participación frente a los que no lo están, debido en parte a las limitaciones que perciben algunos profesionales al trabajar de forma conjunta. Casi la mitad de los trabajadores sociales de este campo se sienten satisfechos con lo que hacen, pero muchos manifiestan que no vale la pena hacer un esfuerzo extra o trabajar más duro para la organización en la que trabajan. La mayor proporción de encuestados confirmó que nunca había considerado cambiar de trabajo, lo cual refleja su fuerte dedicación a la profesión.

Para finalizar decir, que las oportunidades de empleo para los trabajadores sociales en Arabia Saudí todavía son muy limitadas debido a la incipiente aparición de la profesión en el país, pero debido al gran desarrollo en infraestructuras y servicios en salud, se puede vislumbrar que los profesionales que ejercen en este campo desarrollarán una gran expansión de la profesión en los próximos años, y más teniendo en cuenta que la demanda de estos profesionales ya es superior a la oferta existente en el país.

#### **2.4.2 ESTADOS UNIDOS**

Una vez analizada la situación de los trabajadores sociales del ámbito hospitalario en Arabia Saudí, pasamos a un país cuyas características socioeconómicas, culturales, políticas o sanitarias son muy diferentes a Arabia, hablamos de los Estados Unidos de América. Este país que se encuentra situado mayoritariamente en el centro de América del Norte, tiene una población según el US Census Bureau (Oficina del Censo de Estados Unidos) a fecha de la consulta (enero 2015) superior a 320 millones de habitantes. Su capital es Washington, cuenta con una forma de Estado constituido por una República Federal Constitucional, no cuenta con un idioma oficial aunque el inglés es el idioma nacional de facto, y tiene una esperanza de vida de 79,5 años<sup>63</sup>.

En relación a su sistema sanitario, es el único país desarrollado que no cuenta con un sistema de cobertura sanitaria universal, por lo que más de 45 millones de personas carecen de protección sanitaria, es decir, el 15 % o 1 de cada 6 residentes, aún siendo el país más rico del mundo. Además, aunque

---

<sup>63</sup> Datos extraídos de la Ficha País publicada por la Oficina de Información Diplomática del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación de España: Consultado el 30 de enero de 2015 en: [http://www.exteriores.gob.es/documents/fichaspais/estadosunidos\\_ficha%20pais.pdf](http://www.exteriores.gob.es/documents/fichaspais/estadosunidos_ficha%20pais.pdf)



cuenta con servicios punteros a nivel mundial, la ineficacia de su sistema para dar protección sanitaria a toda su población se manifiesta en un gran número de indicadores registrados por la OMS. Debido a todo ello, existe un constante debate e intento de reforma en el país, sobre todo cuando se da la paradoja de que es el país desarrollado que más dinero invierte y menos cobertura sanitaria ofrece, debiéndose plantear una reducción de gastos y un aumento de su cobertura<sup>64</sup>.

El sistema público sanitario de EE.UU cuenta con varios programas de cobertura sanitaria, pero sólo para determinados grupos de población<sup>65</sup>:

- El Programa *Medicare*, que cubre a los pensionistas (> 65 años), incluye un sistema de copago de medicinas y está gestionado por la administración federal. Además, cubre a las personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, y a todas las personas con una enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiera diálisis o un trasplante de riñón)<sup>66</sup>.
- Y el programa *Medicaid*, que cubre a las personas sin recursos y a los niños de familias con recursos limitados, estando gestionado por los diferentes Estados. Este programa proporciona el pago del hospital,

---

<sup>64</sup> Ministerio de Empleo y Seguridad Social de España (2007). Actualidad de la reforma sanitaria en los Estados Unidos. *Actualidad Internacional Sociolaboral*, nº 99, p.62 y 65.

<sup>65</sup> *Ibid.*, p.63.

<sup>66</sup> Centers for Medicare & Medicaid Service: Consultado el 1 de febrero de 2015 en: <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/MedicareGenInfo/index.html>

atención domiciliaria, atención ambulatoria, laboratorio y rayos x, planificación familiar, servicios dentales, etc.<sup>67</sup>

Reseñar que a excepción de la administración militar, en EE.UU no existe una red de centros sanitarios ni hospitales públicos. No obstante, los hospitales están obligados a atender todas las urgencias que reciban aunque las personas no estén aseguradas. Según la Asociación Americana de Hospitales a fecha de la consulta (febrero de 2015), Estados Unidos cuenta con un total de 5.686 hospitales registrados y 914.513 camas.

En la actualidad, la mayoría de las personas obtienen el seguro de cobertura sanitaria a través de su empresa de trabajo, y aunque el empresario no esté obligado por ley a facilitar esa cobertura, en la práctica la mayoría de las grandes empresas brindan este tipo de protección en los términos en los que se haya pactado la negociación colectiva<sup>68</sup>.

En síntesis podríamos decir, que Estados Unidos no entiende su Sistema de Salud como una cuestión de derechos humanos como ocurre en otros países, sino como una empresa más, en el que no todas las personas se benefician por igual de él. Por lo tanto, las personas con menos recursos tendrán mayores dificultades para acceder a él, y no contarán con unos cuidados médicos adecuados cuando los necesiten, contribuyendo con esto a unas condiciones de salud peores. A tenor de estas premisas, no cabe duda de la justificación de los trabajadores sociales en el ámbito de la salud, así como su incorporación e integración dentro del mismo, pudiéndose encontrar hoy en

---

<sup>67</sup> Íbid: Consultado el 1 de febrero de 2015 en: <http://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/benefits/medicaid-benefits.html>

<sup>68</sup> MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL DE ESPAÑA, op.cit., p.63.

día, a estos profesionales en todas las áreas del sistema de salud estadounidense.

En relación a los estudios de Trabajo Social en EE.UU, haciendo una revisión de algunas de las universidades de Estados Unidos (Kansas, Pittsburgh, Ohio y Rhode Island College) y de sus programas de estudio, además de la propia experiencia de la doctoranda por su visita a la Escuela de Trabajo Social Simmons College en Massachusetts (Boston), en este país la titulación en Trabajo Social es una licenciatura (BSW) que se realiza en 4 años, con posibilidad de adquirir mayores conocimientos a través de diferentes másters (MSW), que además de ofrecer una especialización son necesarios para poder trabajar en determinados ámbitos. Igualmente, existe la posibilidad de realizar el doctorado en Trabajo Social para profesionales con experiencia.

Centrándonos en el Trabajo Social en hospitales, decir como ya comentamos en el punto 2.2 de este mismo capítulo sobre el Origen del Trabajo Social en los Hospitales, que en sus comienzos encontrábamos la figura de la *hospital almoner* en Londres, y al *Dr. Richard Cabot* en EE.UU, el cual establecía ya en el año 1905 el primer Servicio de Trabajo Social Sanitario, llamado Servicio Social Médico en el Hospital General de Massachusetts en Boston. Aunque en ese primer momento, las funciones de los trabajadores sociales eran principalmente tres: ayudar a socializar la medicina, actuar de traductor entre el médico y el paciente y su familia, y proporcionar información sobre los factores sociales y mentales, éstas funciones como veremos a continuación, han evolucionado y se han incrementado conforme a las demandas y a los cambios experimentados por la población en relación a los cuidados de la salud, además de la expansión de la propia profesión en este campo.

Actualmente, los trabajadores sociales ejercen a nivel macro y micro en relación a la atención de la salud, y tienen la capacidad de influir en las políticas existentes sobre los sistemas de cuidados a nivel local, estatal y federal. Además, la investigación realizada en Trabajo Social sobre la atención a la salud, no sólo beneficia a los individuos y a las familias, sino a la existencia, eficacia y validación de la profesión<sup>69</sup>.

Según una encuesta nacional realizada a los trabajadores sociales con licencia para ejercer en este país, los hospitales son el escenario laboral más común dentro del área del cuidado de la salud en el que ejercen estos profesionales (Whitaker, Weismiller, Clark y Wilson, 2006 citado por NASW, 2011:1). Además, lo hacen cada vez más en áreas especializadas, y son asignados con frecuencia a las unidades médicas en base al diagnóstico, la edad o el sexo (Gibelman, 2005, citado por NAWS, 2011:1), como por ejemplo: oncología, pediatría, urgencias, trasplantes o traumatología.

Además de los roles clínicos, los trabajadores sociales también son empleados en puestos de liderazgo del hospital, y pueden servir como gerentes o administradores de los programas específicos del hospital como los de salud mental, envejecimiento o de alcance comunitario. Dentro de las funciones que puede ejercer dentro de un hospital (general o especializado de atención aguda) se encontrarían las siguientes<sup>70</sup>:

---

<sup>69</sup> NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS [NASW] (2005). NAWS Standards for Social Work Practice in Health Care Settings. *NAWS.*, p.5. Recuperado el 1 de febrero de 2015: <http://www.socialworkers.org/practice/standards/NASWHealthCareStandards.pdf>

<sup>70</sup> NASW (2011). Social Workers in Hospitals and Medical Centers: occupational profile. *Center for Workforce Studies*, pp.1-2. Recuperado el 1 de febrero de 2015: <http://workforce.socialworkers.org/studies/profiles/Hospitals.pdf>

- Valoración inicial y evaluación de los pacientes y de sus familiares.
  - Evaluación psicosocial del paciente.
  - Ayudar a los pacientes y familiares a entender la enfermedad, opciones de tratamiento, consecuencias derivadas y rechazo del mismo.
  - Ayudar a los pacientes / familias a adaptarse al ingreso hospitalario; posibles cambios de rol, respuestas a la enfermedad y al tratamiento, etc.
  - Educar a los pacientes en relación a las funciones de los miembros del equipo de salud, ayudar a los pacientes y a los familiares a comunicarse entre sí y con el resto de profesionales, e interpretación de la información.
  - Educar a los pacientes en relación a los diferentes niveles de atención de la salud, derechos, recursos existentes en la comunidad, etc.
  - Facilitar en nombre de los pacientes y sus familias las decisiones adoptadas por ellos.
  - Empleo del modelo de intervención en crisis.
  - Educar al personal del hospital en temas psicosociales de los pacientes.
  - Promover la comunicación y la colaboración entre los diferentes miembros del equipo de salud.
  - Coordinar el alta hospitalaria del paciente y la continuidad de su atención.
-

- Disponer de un fondo de recursos para financiar medicamentos, equipos médicos u otros servicios necesarios.
- Asegurar la comunicación y la comprensión acerca de la atención post-hospitalaria entre los pacientes, familiares y miembros del equipo de atención médica.
- Abogar por las necesidades del paciente y su familia en los diferentes contextos: hospitalario, ambulatorio, hogar, y en la comunidad.
- Y por último, defender los derechos de salud de los pacientes.

Como vemos, las funciones que pueden ejercer los trabajadores sociales del ámbito hospitalario en EE.UU son bastantes y variadas, aparte de su integración en los equipos multidisciplinares, el trabajo conjunto con otros profesionales, las habilidades con las que deben de contar para su trato con los pacientes y familiares tanto a nivel social, emocional como psicológico, y su amplio conocimiento de los recursos existentes.

No obstante, a pesar de la gran labor que desempeñan, en los últimos años ha habido un aumento del cierre de departamentos de trabajo social en los hospitales, y el personal se ha reasignado a otros departamentos o se ha suprimido transfiriendo sus competencias a otros profesionales<sup>71</sup>. Todo esto, a pesar de que los trabajadores sociales hospitalarios han informado de un aumento en la severidad de los problemas de los usuarios, el incremento del número de casos, el papeleo que hay que realizar, y las listas de espera para acceder a los diferentes servicios (Whitaker, et al, 2006 citado por NASW 2011:2).

---

<sup>71</sup> Ibid., p.2.

Para finalizar este recorrido por EE.UU, se ha considerado oportuno a modo de reflexión sobre este país, finalizar con la frase que el estadounidense y fallecido presidente de Estados Unidos Franklin D. Roosevelt (1882-1945) pronunció: *“A final de cuentas, el éxito o fracaso de cualquier gobierno debe medirse según el bienestar de sus ciudadanos. Nada puede ser más importante para un estado que la salud pública; la primera preocupación de un estado debe ser la salud de su pueblo.”*

### 2.4.3 HONG KONG

A continuación abordamos unos de los países más saludables de todo el mundo, la Región Administrativa Especial de Hong Kong (R.A.E), que se encuentra situada al sudeste de la República de China y que cuenta con algo más de 7 millones de habitantes, entre los que se encuentra un gran número de población extranjera procedente de Indonesia y Filipinas. Su idioma oficial es el chino-cantonés, y en cuanto a su religión, existe libertad de culto protegida por la Ley Básica: un 10% de la población profesa el Cristianismo, mientras que el restante 90% siguen religiones locales como el budismo y el taoísmo<sup>72</sup>.

En relación al ámbito de la salud, Hong Kong cuenta con un Departamento de Salud encargado de asesorar al Gobierno, y de proteger la salud de los hongkoneses a través de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, prestados en los diferentes centros de atención sanitaria existentes. Además, cuenta con un organismo de derecho público llamado Autoridad Hospitalaria, que proporciona servicios de tratamiento y

---

<sup>72</sup> Datos extraídos de la Ficha País del Instituto Español de Comercio Exterior (ICEX), elaborada por la Oficina Económica y Comercial de España en Hong Kong (2012), p3-5: Consultado el 24 de enero de 2015 en: <http://www.ibiae.com/sites/default/files/informes-paises/HONG%20KONG%20Ficha%20Pais.pdf>

rehabilitación médica a los pacientes a través de hospitales, hospitales de día, clínicas especializadas, servicios de medicina china, etc., que se organizan en siete grupos y prestan asistencia a todo Hong Kong<sup>73</sup>. Hay que señalar, que todos los médicos occidentales que ejercen en Hong Kong tienen que registrarse en el Consejo Médico de Hong Kong (MCHK), órgano estatutario responsable del registro y de la disciplina profesional de los médicos.

En la actualidad, el Sistema de Salud de Hong Kong está integrado por un sistema mixto de salud compuesto por servicios públicos y privados, y su gobierno debe asegurar que a nadie se le niegue la atención médica por falta de medios. Alrededor del 92 % de las camas hospitalarias pertenecen al sector público mientras que el 8% restante lo proporciona el sector privado. Sin embargo, en relación a los servicios de atención primaria las proporciones se invierten: el 70% de los servicios son proporcionados por médicos de familia del sector privado, el sector público solo cubre el 15% de la atención ambulatoria principalmente para gente anciana y personas con enfermedades no contagiosas, y el 15% restante lo proporcionan médicos de Medicina Tradicional China.<sup>74</sup>

Según los últimos datos publicados por el Departamento de Salud<sup>75</sup> y por la Autoridad Hospitalaria<sup>76</sup> de Hong Kong, el país cuenta con 53 hospitales (42

---

<sup>73</sup> Gobierno de Hong Kong: Consultado el 24 de enero de 2015 en: <http://www.gov.hk/en/residents/health/hosp/overview.htm>

<sup>74</sup> Lee, S.H (2014). Historical perspectives in public health. Experiences from Hong Kong. En Griffiths, S.M; Tang, J.L.; Yeoh, E.K (Editors) Routledge *Handbook of Global Public Health in Asia*. Abingdon (Oxon) and New York: Routledge, pp. 12-13.

<sup>75</sup> Consultado el 24 de enero de 2015 en: [http://www.dh.gov.hk/english/main/main\\_orhi/list\\_ph.html](http://www.dh.gov.hk/english/main/main_orhi/list_ph.html)

<sup>76</sup> Consultado el 24 de enero de 2015 en:



públicos y 11 privados), y 227 clínicas de asistencia ambulatoria generales y especializadas (120 públicas y 107 privadas).

En relación a los trabajadores sociales que ejercen en el campo hospitalario, hay que decir que Hong Kong como colonia británica que fue, siguió la evolución de Inglaterra con las *ladies almoners* (damas limosneras), e introdujo el Servicio de Trabajo Social Médico en los hospitales locales en el año 1939. Desde entonces, el número de trabajadores sociales en los hospitales se ha ido incrementando, produciéndose la expansión de la profesión entre los años 60 y 70. Esta expansión de la profesión fue más horizontal que vertical, ya que estos profesionales no parecían ser prioritarios dentro de las instituciones y generalmente los Servicios fueron descuidados de la planificación y del desarrollo de la asistencia medico-sanitaria. En aquella época, los trabajadores sociales dependían administrativamente de los médicos, hasta que en el año 1982 el Servicio de Trabajo Social Médico que dependía del Departamento de Medicina y Salud hasta la fecha, se fusionó con el Departamento de Bienestar Social, con el objetivo de que estos profesionales pudieran trabajar de forma más independiente y tuvieran un lugar en las decisiones de bienestar y tratamiento de los pacientes de los centros médicos<sup>77</sup>.

En el año 1991 se implantó en Hong Kong un “sistema dual” de gestión de los hospitales, que ha ocasionado discrepancias significativas entre aquellos trabajadores sociales que ejercen su labor en hospitales ex-gubernamentales (gestionados por el Departamento de Bienestar Social), y los profesionales

[http://www.ha.org.hk/visitor/ha\\_visitor\\_index.asp?Content\\_ID=10049&Lang=ENG&Dimension=100&Parent\\_ID=10042](http://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_index.asp?Content_ID=10049&Lang=ENG&Dimension=100&Parent_ID=10042)

<sup>77</sup> Liu, E. E. (1994). The Medical Social Work Service in the Hong Kong Hospital Authority: A Case for Reform. *Asian Journal of Public Administration*, 16 (2), p.185.

que trabajan en centros hospitalarios ex-subsuencionados por el gobierno (gestionados por la Autoridad Hospitalaria), fundamentalmente en cuestiones relativas a la remuneración, número de trabajadores, contratación, etc.

La investigación realizada por Liu (1994), muestra los numerosos problemas a los que se han tenido que enfrentar los trabajadores sociales a raíz de esta nueva gestión, y a grandes rasgos pueden concretarse en las siguientes:

- 1) **RESPONSABILIDAD:** En algunos hospitales ex-subsuencionados, los trabajadores sociales dependen del Departamento de Bienestar Social y pueden ser trasladados en cualquier momento a otros puestos de trabajo que incluso no pertenezcan al entorno médico, mientras que los profesionales de estos hospitales ex-subsuencionados que dependen de la Autoridad Hospitalaria pueden ser trasladados pero sólo a otros hospitales y a solicitud del propio interesado. Esto conlleva repercusiones en las expectativas y en los estándares de los servicios de Trabajo Social.
- 2) **DISCREPANCIAS DEL SERVICIO:** Los trabajadores sociales que pertenecen al Departamento de Bienestar Social tienen un acceso más fácil a los fondos y recursos que dependen de la administración, que los trabajadores sociales que pertenecen a hospitales ex-subsuencionados, los cuales deben de hacer una solicitud al Departamento de Bienestar Social para obtener esa financiación, que puede tardar más o no se le puede dar la prioridad adecuada. Además, los trabajadores sociales del Departamento de Bienestar Social pueden contar por ejemplo con la ayuda del personal de la Unidad de Protección de menores para determinados casos, algo con lo que los trabajadores sociales de los hospitales ex-subsuencionados no tienen.

### 3) CONTRATACIÓN Y TRANSFERENCIAS:

En relación a la contratación de profesionales, en los hospitales ex – gubernamentales, si se ha tenido en cuenta la experiencia profesional en ámbitos no hospitalarios de los trabajadores sociales, si embargo, esto no ha sido así, en los hospitales ex–subvencionados.

Además, los trabajadores sociales que trabajan en los hospitales ex–subvencionados, pueden solicitar otras plazas de trabajo en otros hospitales por promoción interna o por medio de traslados cuando quedan plazas vacantes.

### 4) DISCREPANCIAS EN LA REMUNERACIÓN:

aunque puede haber trabajadores sociales en un mismo hospital que hagan el mismo trabajo, no tienen el mismo salario los que pertenecen al Departamento de Bienestar Social y los que dependen de la Autoridad Hospitalaria.

De esto puede deducirse que ambos sistemas (Departamento de Bienestar Social y Autoridad Hospitalaria) tienen puntos fuertes y débiles, y se aboga por fusionar este sistema dual y crear una sola institución para todos los trabajadores sociales médicos por el beneficio de los pacientes y del propio sistema de asistencia sanitaria, aunque obviamente no es un logro que se pueda conseguir fácilmente.

Aparte de esta compleja situación en la que viven los trabajadores sociales de los hospitales de Hong Kong, también se ha querido abordar el tema las funciones que ejercen dichos profesionales en este ámbito. Para ello, se ha tenido como referente el primer estudio empírico que se ha realizado sobre el tema por Wong, Chan y Tam (2000), que muestra la percepción que los propios trabajadores sociales tienen en relación a sus funciones, y las expectativas que tienen los médicos y enfermeras que trabajan en este

ámbito sobre las funciones de estos profesionales, consiguiéndose así una visión a grandes rasgos de las funciones de los trabajadores sociales en los hospitales de Hong Kong.

Para la realización de este estudio, las funciones realizadas por los trabajadores sociales se agruparon en 4 grandes categorías, y se obtuvieron respuestas relativas a si deben de ser ejercidas solo por el trabajador social o si podrían ser ejercidas por otros profesionales del ámbito de la salud. Estas 4 categorías fueron:

- I) **Evaluación psicosocial:** en la que se han incluido las actividades de evaluación de las necesidades del paciente, evaluación psicológica, y evaluación del desarrollo psicosocial del paciente en la comunidad, es decir, la interacción de la persona con su entorno, a raíz de la enfermedad. En esta categoría, parece que los médicos y las enfermeras consideran que la función podría ser compartida por otros profesionales del ámbito de la salud, mientras que los trabajadores sociales médicos consideran que estas actividades sólo pueden ser realizadas por ellos.
  
- II) **Gestión de recursos:** incluye las actividades de búsqueda de alojamiento, información de los recursos comunitarios existentes, y ayuda en la gestión de gastos económicos para uso médico u otras necesidades. Tanto los trabajadores sociales, como los médicos y las enfermeras participantes en el estudio, han coincidido mayoritariamente en que esta función debe de ser realizada por los trabajadores sociales médicos, además de ser considerada la función de mayor importancia.

En relación a esta categoría merece la pena reseñar, que algunas de las enfermeras expresaron que ellas quieren informar sobre los recursos existentes (por ejemplo: centros para personas mayores) a los pacientes, ya que piensan que si ellas tienen este tipo de información, pueden orientar inmediatamente al paciente en cuanto esté preparado para el alta, siendo más eficiente porque se ahorra tiempo tanto a los pacientes como a los trabajadores sociales.

III) **Intervención psicosocial:** incluye las actividades de ayudar a los pacientes con problemas emocionales de forma individual o a través de grupos terapéuticos, y ayudar también a las familias de los pacientes a través de asesoramiento individual o de grupos terapéuticos. En relación a esta función ha existido la mayor discrepancia entre los tres profesionales participantes en el estudio, ya que los trabajadores sociales opinan mayoritariamente que debe de ser proporcionada únicamente por ellos, pero los médicos y las enfermeras piensan mayoritariamente que esta tarea puede ser compartida por otros profesionales de la salud.

IV) **Movilización de nuevos recursos en la comunidad:** en esta categoría estarían incluidas las actividades de enlace de la comunidad con los servicios sociales, y la organización de grupos de apoyo o de autoayuda. En esta categoría también han existido diferencias entre lo expresado por los trabajadores sociales médicos, que han manifestado la exclusividad en su desempeño, y los médicos y enfermeras que no lo han vuelto a ver así, creyendo que puede ser desarrollado por otros profesionales del ámbito de la salud.

Según los autores del estudio (Wong, Chan y Tam, 2000), los resultados sugieren una tensión subyacente entre las enfermeras y los trabajadores

sociales médicos, que confirman los hallazgos de otros estudios realizados (Egan y Kadushin, 1995 citado por Wong, C., Chan, B., Tam, V., 2000:505), cuya tendencia de las enfermeras es ampliar sus funciones en áreas tradicionalmente consideradas dentro de las competencias de los trabajadores sociales médicos.

Este estudio también ratifica, que la mayoría de los médicos y enfermeras piensan que la atención psicosocial (evaluación e intervención) prestada por los trabajadores sociales a los pacientes es importante, pero que también lo es la prestada por otros profesionales del equipo de salud, y no la consideran una atención exclusiva de los profesionales sociales.

Los propios trabajadores sociales consideran la gestión de recursos como la función más importante y primordial de su ejercicio profesional, dejando en un segundo lugar las restantes actividades incluidas en el estudio (evaluación psicosocial, intervención psicosocial y movilización de nuevos recursos en la comunidad). Además, en este estudio se confirma que existen diferencias entre las perspectivas que tienen los trabajadores sociales sobre sus roles, y las expectativas que tienen otros profesionales como los médicos o enfermeras en relación a ellos.

Para finalizar, comentar que la situación única en Hong Kong de una gestión dual de los hospitales, hace específicas las situaciones a las que deben de enfrentarse estos profesionales. No cabe duda, de la integración de los Servicios de Trabajo Social Médico en los hospitales de Hong Kong dada su temprana instauración en ellos, mucho antes que en otros lugares como por ejemplo España, pero los datos del estudio realizado en relación a sus roles, confirman una necesidad de aclaración de sus funciones, de su identidad y de su desempeño profesional.

#### 2.4.4 ZIMBABUE

Por último, haremos un recorrido por este país del continente africano cuya situación socioeconómica y política ya de por sí generan grandes desafíos para los profesionales del trabajo social, además de los que pueda generar la propia institución hospitalaria en la que ejerzan su labor.

Al igual que hemos hecho en los anteriores países, para situarnos en esta nación sin hacer una exhaustiva explicación de la misma, decir que la República de Zimbabwe es un país situado al sur del continente africano cuya capital es la ciudad de Harare, y cuenta con casi 13 millones de habitantes entre los que se encuentran 90 residentes españoles. Tiene una forma de Estado constituido por una República, y es un país eminentemente centralizado teniendo una división territorial en 10 provincias. Su idioma es el inglés, shona y ndebele, un elevado porcentaje de su población (70%) es de religión cristiana, y según los datos de la Organización Nacional de las Naciones Unidas (ONU) de 2011 su esperanza de vida es de 51 años<sup>78</sup>.

El país se encuentra saliendo de una crisis política y económica existente desde hace 10 años, y se enfrenta actualmente a muchos problemas sociales como la alta tasa de desempleo, escasez de alimentos, escasez de viviendas, etc. Tiene colapsados sectores como la salud y la educación por la falta de recursos, además de que profesores y profesionales de la salud abandonaron el país por las malas condiciones e intimidación política

---

<sup>78</sup> Datos extraídos de la Ficha País publicada por la Oficina de Información Diplomática del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación de España: Consultado el 21 de enero de 2015 en: [http://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/ZIMBABWE\\_FICHA%20PAIS.pdf](http://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/ZIMBABWE_FICHA%20PAIS.pdf)

especialmente de las zonas rurales, tras las elecciones Parlamentarias y Presidenciales de marzo de 2008<sup>79</sup>.

El Sistema de Salud en Zimbabwe está integrado por servicios públicos y privados, pero esto se ha convertido en una preocupación debido a las tensiones existentes entre el interés público y los beneficios privados<sup>80</sup>.

El Gobierno de Zimbabwe de acuerdo con la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, tiene como objetivo prestar servicios seguros y de calidad que respondan a las necesidades de las personas a través de una red de centros de salud. El Sistema Público de Salud, está constituido por cuatro niveles de asistencia sanitaria: nivel primario, secundario, terciario y central<sup>81</sup>:

- **Nivel primario de atención**<sup>82</sup>: este nivel está formado por una red de centros de salud y trabajadores de salud comunitarios. Son el eslabón entre los pueblos y los servicios locales de salud. En esta atención primaria se realizan tratamientos médicos sencillos, una vigilancia de la enfermedad, y actividades preventivas de salud entre otros.

En este nivel de atención están incorporados también los llamados centros de salud rural o clínicas, que proporcionan una atención

---

<sup>79</sup> Chitereka, C. (2010). Hospital Social Work Practice in Zimbabwe. *Social Work in Health Care*, 49 (9), p.770.

<sup>80</sup> Ministry of Health & Child Welfare of Zimbabwe. The National Health Strategy for Zimbabwe (2009-2013): Equity and quality in health a people's right. *World Health Organization*, p. 84. Recuperado el 22 de enero de 2015: [http://www.who.int/workforcealliance/countries/zwe\\_healthStrategy.pdf?ua=1](http://www.who.int/workforcealliance/countries/zwe_healthStrategy.pdf?ua=1)

<sup>81</sup> *Ibid.*, 82

<sup>82</sup> *Ídem.*



integral, preventiva, curativa y de rehabilitación, incluyendo la atención prenatal, infantil, las vacunas, etc.

- **Nivel secundario de atención**<sup>83</sup>: lo constituyen los hospitales de distrito, que son el punto de referencia para el nivel primario. Cada distrito debe de tener uno y son centros de referencia para una población de 140.000 habitantes. En estos hospitales las personas tienen el primer contacto con un médico especialista.
- **Nivel terciario y cuaternario de atención (central)**<sup>84</sup>: Estarían formados por los hospitales provinciales. Cada provincia tiene uno excepto la provincia de Matabelelandia Norte, donde el hospital está en construcción. Estos hospitales atienden los casos derivados del nivel secundario y cuentan con médicos especialistas. En nivel cuaternario está constituido por los hospitales provinciales centrales, que cuentan con los procedimientos más sofisticados del país.

En teoría, los pacientes deberían pasar primero por el primer nivel y progresivamente por el segundo, tercero y cuarto dependiendo de la complejidad de su enfermedad pero en la práctica, los datos de los últimos 10 años reflejan que los hospitales de referencia realizan las actividades del primer nivel, lo que indica una utilización abusiva de los recursos<sup>85</sup>.

También hay que destacar que el Sistema de Salud de Zimbabue soporta la epidemia más grave de SIDA que existe en todo el mundo. Según UNAIDS<sup>86</sup>,

---

<sup>83</sup> Ibid., p.83.

<sup>84</sup> Ídem.

<sup>85</sup> Ídem.

<sup>86</sup> UNAIDS son las siglas del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA destinado a coordinar las actividades de los distintos organismos especializados de la ONU en su lucha contra el sida.

el 26% de la población adulta de Zimbabue está infectada con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que causa el SIDA, y esto conlleva unas consecuencias para su Sistema de Salud, para su economía y para su sociedad tremendas, algo especialmente trágico si tenemos en cuenta que el SIDA no se puede curar pero si prevenir<sup>87</sup>.

En este país, el Trabajo Social apareció como una respuesta a los problemas sociales urbanos tales como la delincuencia, la prostitución o la indigencia, y se creó como un instrumento de control social, no para abordar seriamente las causas de los problemas sociales (Kaseke, E. 1991, citado por Chitereka, C. 2010: 771).

La primera institución que se creó para formar a trabajadores sociales en Zimbabue fue en el año 1964 y se llamaba Escuela de Servicio Social, siendo establecida por los Padres Jesuitas de la Iglesia Católica Romana. Posteriormente en el año 1969, pasó a llamarse Escuela de Trabajo Social y se convirtió en la primera Universidad asociada a la Universidad de Rhodesia otorgando un diploma universitario tras un programa de tres años. En 1975 se introdujo la licenciatura en Trabajo Social, y en el año 1978 se implantó un programa de un año de especialización que contaba con dos opciones, siendo unificadas al año siguiente en una sola como trabajo social comunitario (Hampson, J. 1995, citado por Chitereka, C. 2010: 771). En 1998, la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Zimbabue se hizo cargo de la Escuela de Trabajo Social<sup>88</sup>.

---

<sup>87</sup> Departamento de Evaluación de Operaciones, Conocimiento y Asociaciones (OEDPK) del Banco Mundial (1999). Respuesta al desafío de la atención de salud en Zimbabue. *OED Précis*, n° 176, p.2.

<sup>88</sup> CHITEREKA, C., *op.cit.*, p.773.

Se puede decir que hay un antes y un después en la profesión de Trabajo Social en Zimbabwe que coincide con el antes y el después de su independencia en el año 1980. Antes de ella, los trabajadores sociales no eran muy conocidos y ejercían sobretodo en zonas urbanas, mientras que después de ella, la profesión comenzó a estar más organizada y más dotada de recursos extendiéndose también a las zonas rurales. Tras esta independencia de Zimbabwe, el Gobierno realizó una gran inversión económica en áreas como la salud y la educación, pero años después al no ir bien la economía estos ámbitos volvieron a resentirse y comenzó una política de reducción de gastos que conllevó la introducción del pago de tarifas a los usuarios en servicios de educación y salud, entre ellos, el abono de los gastos hospitalarios, que al ser tan elevados las personas no se los podían permitir. En este contexto, los trabajadores sociales se convirtieron en una parte importante en el Sistema de Salud, y en la actualidad, el Servicio de Trabajo Social está integrado dentro de la atención que dicho sistema presta.

En relación a los trabajadores sociales que ejercen su labor dentro de los hospitales, hay que decir que es difícil definir su papel dentro de la institución debido a la gran variedad de situaciones a las que se enfrentan en su práctica diaria. Siguiendo a Chitereka (2010), algunas de las funciones que desempeñan estos profesionales en este ámbito serían las siguientes:

- 1. Atención individual o familiar** de los pacientes hospitalizados, ya que el ingreso en un centro hospitalario conlleva problemas psicosociales, emocionales y ambientales asociados que requieren la intervención de un profesional del trabajo social.
- 2. Intervención en crisis en pacientes de consultas externas.** Este tipo de intervención es muy utilizada por los trabajadores sociales de consultas externas del hospital, donde la mayoría de pacientes acuden al hospital en las fases agudas de

enfermedades graves. En estos casos, los trabajadores sociales alivian el impacto inmediato de situaciones estresantes y manifestaciones psicológicas latentes.

3. **Comunicación e interpretación de información:** Los trabajadores sociales tienen que interpretar la información tanto escrita como verbal que obtienen del personal del centro, para aplicarla en el tratamiento y planificación del alta del paciente.
4. **Trabajar con los pacientes y sus familias** (Mugugu, A.T. 1996, citado por Chitereka, C. 2010:777).
5. **Coordinación conjunta con el personal médico.** Cuando los pacientes están hospitalizados largos períodos de tiempo, los trabajadores sociales deben de trabajar junto con el personal médico para planificar y preparar psicológicamente al paciente para el alta (Kaseke, E. 1991, citado por Chitereka, C. 2010: 777).
6. **Asesoramiento psicosocial:** Los trabajadores sociales asesorarán a los pacientes en relación a sus problemas psicosociales y a sus familias. En estos casos, los profesionales deberán adoptar una actitud positiva, cercana y de comprensión con el paciente, mostrar interés y preocupación por lo que él comenta.
7. **Gastos hospitalarios y defunciones:** En Zimbabue hay personas que se encuentra en una situación de extrema pobreza, y cuando son hospitalizadas no pueden pagar los gastos que esto conlleva, ni se sabe quiénes son sus familiares cuando fallecen. En estos casos, es el trabajador social quien se encarga de gestionar sus gastos de hospitalización o de su entierro en colaboración con el Departamento de Bienestar.

- 8. Gastos de transporte:** Cuando al alta hospitalaria el paciente no tiene para pagar el autobús, el trabajador social emite órdenes de viaje.
- 9. Coordinación con otros sistemas de recursos:** El trabajador social puede poner en contacto al paciente con varios sistemas de recursos como la asistencia social, bienestar infantil, material ortopédico o atención institucional para personas mayores con discapacidad (Kaseke, E. 1991, citado por Chitereka, C. 2010: 777).
- 10.Ropa:** Los trabajadores sociales proporcionan ropa a los pacientes indigentes y a sus familiares y remiten a algunos de ellos a instituciones benéficas existentes en Zimbabue como Cruz Roja.
- 11.Salud Mental:** En pacientes con patología psiquiátrica, el trabajador social realizará un seguimiento a largo plazo y también con su familia cuando sea necesario. En estos casos, el trabajador social acude activamente a las reuniones de equipo que se realizan o trabaja directamente con el centro ambulatorio correspondiente del paciente, para intentar que éste se integre en su comunidad. El trabajador social tiene que hacer visitas domiciliarias para ir haciendo un seguimiento de los progresos de su recuperación, y también controla que siga teniendo medicación.
- 12.Informes:** El trabajador social debe de presentar informes periódicamente a la Dirección del hospital (normalmente de forma bimensual), sobre la evolución y progreso de los pacientes, aunque ante cualquier eventualidad sobre un enfermo deben de reportar un informe inmediatamente.

**13. Investigación:** Los trabajadores sociales de los hospitales de Zimbabue llevan a cabo investigaciones que contribuyen al bienestar de los pacientes, y cuyos resultados pueden ser utilizados por los Comités médicos para hacer frente a los problemas de los pacientes.

Como acabamos de ver, los trabajadores sociales ejercen una gran variedad de funciones dentro del hospital, pero a día de hoy su papel sigue siendo mal entendido y a diferencia de otras disciplinas que tienen un exitoso reconocimiento, los trabajadores sociales tienen aún que lograr esto (Davis, C.; Milosevic, B., Baldry, E., y Walsh, N. 2005, citado por Chitereka, C. 2010: 778).

En Zimbabue, los hospitales generales tienen una organización jerárquica bastante rígida: en su parte superior se encuentran los médicos, en la parte intermedia las enfermeras, y en la parte inferior generalmente los trabajadores sociales. El principal problema de esto, es que los médicos no entienden adecuadamente las funciones de los trabajadores sociales y por lo tanto, no reconocen la profesión<sup>89</sup>.

Los trabajadores sociales también se enfrentan a una escasez de personal y de recursos que impiden realizar adecuadamente su trabajo, además de salarios bajos y de que sus necesidades no se ven prioritarias cuando se las trasladan a sus responsables. Todo esto ha llevado como comentábamos al principio, a que muchos profesionales se marchen a otros lugares en los que se les ofrezcan mejores condiciones, y en donde los profesionales puedan ofrecer una mejor calidad de sus servicios.

---

<sup>89</sup> Ibid., p.778.

Para finalizar, decir que son muchos y variados los retos a los que se enfrentan los trabajadores sociales del ámbito hospitalario en Zimbabue, no solo de la propia institución en la que trabajan, sino de la situación política, económica y social en la que se encuentra inmersa el país, cuyas consecuencias se traducen en una gran escasez de medios, servicios y recursos a todos los niveles. A estos profesionales les queda bastante recorrido por andar, pero la esencia de esta profesión está tan ligada a la ayuda de las personas más necesitadas, que no hay duda tras años de experiencia de esta doctoranda, de que la satisfacción a nivel personal seguro cubrirá esa carencia de falta de reconocimiento a nivel profesional por el que sin duda deben de luchar.

#### **2.4.4 COMPARATIVA ENTRE LOS PAISES ANALIZADOS**

Para finalizar este capítulo, a continuación se va a exponer una comparativa entre España y los países 4 países en los que se ha abordado la figura del trabajador en el ámbito hospitalario, con la intención de hallar posibles similitudes y/o diferencias con España, y entre los propios países entre sí, que pueda contribuir a ampliar la visión general sobre este profesional, y en líneas generales su situación actual y su situación futura. Esta comparativa se va a basar exclusivamente en los datos aportados en los puntos anteriores, contado con apartados en los cuales aparecerá la indicación \*no especificado, al no haber sido detallados.

Cuadro 2.1. TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO: COMPARATIVA ENTRE PAISES					
	ESPAÑA	ARABIA SAUDÍ	EE.UU	HONG KONG	ZIMBAUE
COMIENZO ESTUDIOS TRABAJO SOCIAL	1964 (Oficial)  Actividad constatada desde 1932	1962	* No especificado	* No especificado	1964
TITULACIÓN	Desde 2009 Grado (4 años) *Anteriormente diplomatura	Licenciatura	Licenciatura	* No especificado	Licenciatura
POSIBILIDAD FORMACIÓN COMPLEMENTARIA	SI	NO	SI	* No especificado	SI
ESTABLECIMIENTO DEPARTAMENTO TRABAJO SOCIAL EN HOSPITALES	1950	* No especificado	1905	1939	* No especificado
FUNCIONES MAYORITARIAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Atención directa a enfermos y/o familias.</li> <li>- Acción sobre el centro sanitario.</li> <li>-Acción sobre la comunidad.</li> <li>-Docencia y formación permanente.</li> <li>- Investigación</li> </ul>	* No especificadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración inicial y evaluación del paciente y familiares.</li> <li>-Evaluación psicosocial.</li> <li>-Ayudar a pacientes y/o familiares a adaptarse al ingreso hospitalario.</li> <li>-Intervención en crisis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluación psicosocial</li> <li>-Gestión de recursos (la mas importante)</li> <li>-Intervención psicosocial</li> <li>-Movilización de nuevos recursos en la comunidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Atención individual o familiar.</li> <li>- Intervención en crisis.</li> <li>- Coordinación conjunta con el personal médico.</li> <li>-Gastos hospitalarios, defunciones transporte.</li> </ul>



Cuadro 2.1. TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO: COMPARATIVA ENTRE PAISES (CONTINUACIÓN)					
	ESPAÑA	ARABIA SAUDÍ	EE.UU	HONG KONG	ZIMBAUE
<b>FUNCIONES MAYORITARIAS (Continuación)</b>			-Educación a paciente y familiares en relación a las funciones del equipo de salud.  -Educación a paciente y familiares en relación a las funciones del equipo de salud.  -Educar al personal del hospital en temas psicosociales.  -Coordinar el alta hospitalaria del paciente y la continuidad de su atención.  - Defender los derechos de los pacientes.		-Salud Mental  -Investigación
<b>PARTICIPACIÓN/ INTEGRACIÓN EN EQUIPOS MULTIPROFESIONA- LES</b>	SI	SI	SI	*No especificado	SI

Cuadro 2.1. TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO: COMPARATIVA ENTRE PAISES (CONTINUACIÓN)					
	ESPAÑA	ARABIA SAUDÍ	EE.UU	HONG KONG	ZIMBAUE
LIMITACIONES / DIFICULTADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Acortamiento de estancias hospitalarias/ menor tiempo de intervención y actuación profesional.</li> <li>-Escasa coordinación con otros profesionales (médicos)</li> <li>-Escaso conocimiento de la dirección de los hospitales de las funciones de los trabajadores sociales y escaso apoyo de las mismas.</li> <li>- Escasez e Insuficiencia de recursos sociosanitarios y su falta de adecuación a las situaciones reales presentadas.</li> <li>- No consolidación del Trabajo Social Hospitalario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escaso papel en relación a las decisiones de los usuarios.</li> <li>-La población es reacia a recibir ayuda de una persona desconocida. (profesional)</li> <li>-Oposición de las mujeres a que trabajen en ambientes mixtos de género.</li> <li>- Falta de habilidades para la práctica diaria.</li> <li>-Inadecuadas oportunidades de formación.</li> <li>-Desempeño de funciones para las que no han sido preparados.</li> <li>-Supervisión deficiente por parte de los supervisores directos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* No especificado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema dual de gestión de los hospitales que genera discrepancias en remuneraciones económicas, tipos de contrato laboral, acceso a los recursos comunitarios, etc.</li> <li>- Tensión subyacente entre las enfermeras y los trabajadores sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Escaso reconocimiento de la profesión.</li> <li>-Escasez de personal y recursos.</li> <li>-Salarios bajos</li> <li>-Escasa prioridad a las necesidades que plantean a los responsables.</li> </ul>

Cuadro 2.1. TRABAJO SOCIAL HOSPITALARIO: COMPARATIVA ENTRE PAISES (CONTINUACIÓN)					
	ESPAÑA	ARABIA SAUDÍ	EE.UU	HONG KONG	ZIMBAUE
LIMITACIONES / DIFICULTADES (Continuación)		-Oportunidades de empleo limitadas, por incipiente aparición de la profesión.  - No es necesaria una titulación en Trabajo Social para ejercer			

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos expuestos.

## CONCLUSIÓN

En relación a las similitudes encontradas podemos ver las siguientes:

A) El comienzo de los estudios de Trabajo Social ha sido muy similar en España, Arabia Saudí y Zimbabue, concentrándose entre los años 1962 y 1964 (de EE.UU y Hong Kong no se han aportado datos), al igual que sucede con la titulación para ejercer como trabajador social, que tanto en España desde el año 2009 que aparecieron los primeros Graduados, como en Arabia Saudí, EE.UU y Zimbabue, la titulación universitaria corresponde a una licenciatura (de Hong Kong no se han aportado datos).

B) La posibilidad de formación complementaria a los estudios en Trabajo Social a través de masters, cursos, seminarios, doctorado, etc., tanto en España como

en EE.UU y Zimbabue, no siendo posible en Arabia Saudí (de Hong Kong no se han aportado datos).

C) En relación a la aparición de los primeros departamentos de Trabajo Social, en los países analizados como hemos podido ver se establecieron en el siglo veinte, a comienzos (1905) en EE.UU, en 1939 Hong Kong, y a mitad de siglo (1950) en España, no habiéndose aportado datos ni de Arabia Saudí ni de Zimbabue.

D) En relación a las funciones mayoritarias realizadas por los trabajadores sociales en el ámbito hospitalario, se han encontrado como puede verse en el cuadro comparativo realizado similitudes y diferencias, habiendo países como EE.UU, Zimbabue y España en los que se ha encontrado una gran variedad de funciones en la literatura revisada, un país como Hong Kong que las ha podido agrupar en cuatro grandes grupos , y Arabia saudí, cuya información encontrada se ha centrado más en la situación y limitaciones a las que se enfrentan estos profesionales en su día a día, que en su propio funcionamiento como profesionales dentro de este ámbito de actuación. Como funciones similares encontramos a grandes rasgos la atención directa a los enfermos y a sus familiares, evaluación e intervención psicosocial, investigación e intervención en crisis.

E) Por unanimidad, en España y en los países analizados (a excepción de Hong Kong del que no se han aportado datos), si existe una participación/integración de los trabajadores sociales en los equipos de trabajo multidisciplinarios en los hospitales, aunque esto no quiere decir ni mucho menos su total igualdad dentro de los mismos, ni su mayor o menor participación dentro de ellos.

No cabe duda, examinando el cuadro comparativo realizado(a excepción de EE.UU del que no se han aportado datos en relación a este apartado), de la gran cantidad de limitaciones y dificultades a las que se enfrentan estos profesionales, siendo muchas y de diferente índole: la propia institución, las relaciones entre los diferentes profesionales, los recursos existentes, la falta de reconocimiento de la profesión, las diferencias laborales entre profesionales, etc.

Por último, en relación a las diferencias encontradas, señalar quizás la más significativa a juicio de la doctoranda, que ha sido la de no ser necesario tener una titulación en Trabajo Social para ejercer de ello como ocurre en el país Saudí. Encontramos también otras diferencias derivadas sobre todo de las características de la población atendida, del país específico y de su situación socioeconómica y política, que más que como diferencias, creemos que deben verse como desafíos de los profesionales del trabajo social, que sin duda contribuirán a la expansión y al desarrollo de la profesión.

A continuación pasaremos al siguiente capítulo, en el cual se abordará el tema de las necesidades sociales y sus diferentes definiciones, se analizarán las que específicamente surgen en el entorno hospitalario, la manera de evaluarlas, y sobre todo, los posibles recursos tanto de índole social como sanitario que pueden ser utilizados para intentar paliarlas.

# Capítulo 3. Las Necesidades Sociales

*“He viajado algo, he visto mortales muy inferiores a nosotros; los he visto muy superiores, pero no he visto a ninguno que no tuviera más deseos que verdaderas necesidades, y más necesidades que satisfacciones. Quizás llegue un día a la tierra en que no falte nada, pero hasta ahora nunca me ha dado nadie noticias positivas de esa tierra.”*

*Voltaire: “Micromegas” (1752)*

## 3.1 DEFINICIÓN DE NECESIDAD SOCIAL

Podemos decir, que cuando la persona no es capaz por sí sola de satisfacer sus necesidades básicas de subsistencia y desarrollo, y debe de recurrir a una intervención pública ya que éstas trascienden sus posibilidades, las necesidades humanas adquieren un carácter social, al tener que destinarse recursos sociales para su satisfacción.

El concepto de necesidad ha sido abordado por innumerables autores desde muy diferentes perspectivas: psicológica, económica, sociológica, filosófica, etc. No obstante, en este apartado sólo se van a reflejar aquellas definiciones que por su relevancia y aportación al tema objeto de estudio la doctoranda ha creído más pertinentes.

La Ley 11/2003 de 27 de marzo de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, define en su artículo 2.3 las necesidades sociales como “las derivadas del derecho de la persona a realizarse como ser social en el ámbito convivencial, interpersonal y familiar, y en el relacional, entre el individuo y su entorno social”.

Clarisa Ramos Feijoo (2003), define las necesidades sociales como aquellas vinculadas a un entorno y a un contexto histórico-social, en función de las diferentes perspectivas teóricas.

Demetrio Casado aborda también el tema de las necesidades sociales y en relación a ellas define lo siguiente: “Para que una necesidad humana se pueda considerar social, es necesario que sea compartida por conjuntos de personas claramente definidos. Es difícil a pesar de esto, definir cuando las necesidades son sociales, porque el legitimarlas, requiere inevitablemente entrar en el reino de los valores y los juicios ideológicos”. (Demetrio, C. 1987 citado por Rubí i Martínez, C. 1991: 8-9).

M<sup>a</sup> J. Añón (1990) citada por Ballester (1999), indica que las necesidades sociales básicas “están basadas en el instinto de autoconservación, pero son sociales, porque sólo son susceptibles de interpretación en un contexto social determinado”.

Los autores Bremond y Geledan (1985), concretan el concepto de necesidad social como “el conjunto de necesidades cuya satisfacción es considerada por los miembros de una colectividad dada, como indispensable para asegurar un nivel y estilo de vida adaptado al nivel de desarrollo y al estatus del grupo.”

Ezequiel Ander-Egg, en su Diccionario del Trabajo Social define las necesidades sociales como “aquellas que se refieren a la manera en como

los seres humanos se relacionan entre sí, a nivel familiar, con amigos y con otras personas en general”, y señala entre ellas las siguientes<sup>90</sup>:

- Núcleo social básico (familiar y/u otros)
- Vivir en grupo y socializarse
- Contacto humano, participación conjunta; incluso solidaridad
- Dar y recibir amistad
- Entorno físico estimulante
- Igualdad en la distribución del producto
- Aprobación social y reconocimiento

En relación al tema que nos ocupa, creemos necesario también exponer el término definido por Ander-Egg (1988) de necesidades sentidas, es decir, aquellas necesidades “reconocidas por el mismo grupo o comunidad, las necesidades de las cuales se tiene conciencia de que lo son”, por ser consideradas el principio de toda acción en la práctica del Servicio Social.

Asimismo, el profesor Ballester considera lo siguiente en relación a las necesidades sociales:

“Las necesidades sociales básicas remiten, ya no como instintos, a la necesidad de alimento o de mantenimiento de la temperatura corporal mediante el cobijo o el vestido y a todas las otras necesidades relativas a la supervivencia como individuo y como especie, además a la reproducción social de la fuerza del trabajo entendida en su significado más amplio. Es decir, se refieren a: alimento, ropa, vivienda, necesidades energéticas y cualesquiera otros bienes de consumo y servicios requeridos para mantener al trabajador y su capacidad de trabajo, pero también para reproducir la

---

<sup>90</sup> Ander-Egg, E. (1988). *Diccionario del Trabajo Social*. México: El Ateneo, p.207.



siguiente generación, incluyendo a los niños, y mantener a las personas que no trabajan”. (Ballester Brage, L. 1999: 53).

Los teóricos Doyal y Gough, formulan una teoría universalista de las necesidades humanas, y detallan como necesidades humanas básicas, objetivas y universales, la salud física y la autonomía personal, considerándolas condiciones previas para que una persona pueda participar en la vida social. Asimismo consideran, que las necesidades básicas tienen un nivel de satisfacción social, por lo que necesitan como condición previa satisfacer algunas necesidades sociales básicas: producción material, reproducción biológica y socialización, comunicación y autoridad política<sup>91</sup>.

Eduardo Díaz y Patricia Fernández (2013), entienden que “las necesidades sociales básicas, cuyo origen y naturaleza son sociales, se refieren a factores objetivos indispensables para la supervivencia e integridad psicofísica de los seres humanos y a la reproducción social”.

Se puede decir que las necesidades sociales pueden aparecer a nivel individual, grupal o comunitario, pero en ninguno de los ámbitos se producen de forma aislada, ya que tanto las de tipo individual como las grupales se desarrollan en un contexto comunitario, y es en él donde debe de hallar su solución<sup>92</sup>.

---

<sup>91</sup> Ramos, C. (2003). Las necesidades sociales. Conceptos. Perspectivas en el análisis de las necesidades sociales. Problemas sociales y necesidades. En Fernández, T.; Alemán, C. (Coords.) *Introducción al trabajo social*. Madrid: Alianza, p. 357.

<sup>92</sup> Las Heras, P.; Cortajarena, E. (1979). *Introducción al bienestar social*. Madrid: Federación Española de Asociaciones de Asistentes Sociales, p. 38

Teniendo en cuenta todas las definiciones anteriores, se podrían deducir las siguientes características generales y comunes a las necesidades sociales:

- Están vinculadas a un entorno y a un contexto social determinado.
- Son compartidas y reconocidas por un conjunto/colectividad de personas.
- Existe necesidad de legitimarlas.
- Tiene un origen social, son objetivas y su satisfacción es indispensable para la supervivencia y desarrollo de los seres humanos.

Por último decir, que en la actualidad hay dos vertientes teóricas que agrupan las diferentes definiciones y contribuciones al concepto de necesidad: la primera contempla las necesidades como universales, y la segunda, mantiene que la definición y el estudio de las necesidades dependen del contexto cultural en el que se está interviniendo<sup>93</sup>.

### **3.2 NECESIDADES SOCIALES EN EL CONTEXTO DE LA ENFERMEDAD**

“...No somos nadie...”, es quizás la frase que más a menudo he oído decir a las personas que se encuentran hospitalizadas. Cuando la enfermedad irrumpe en la vida de una persona, todo su mundo se ve modificado; sus relaciones familiares, su trabajo, su economía, sus estudios, las relaciones con sus amistades, su espacio privado, se produce un “alto” obligado en las actividades y quehaceres diarios, y el tiempo parece multiplicarse.

A priori, siempre es una circunstancia desagradable que en mayor o menor medida puede producir inquietud, miedo, ansiedad, limitaciones, vulnerabilidad, mayor dependencia de los seres queridos, pero sobre todo, se

---

<sup>93</sup> *Ibíd.*, p.341

convierte en una experiencia que deja huella para siempre en la vida de la persona que la padece y en la de sus familiares más cercanos.

No todas las enfermedades desencadenan necesidades sociales, ni todas las necesidades sociales son desarrolladas por igual en cada paciente, ya que las características de cada enfermo y de cada dolencia, hacen únicas las necesidades surgidas y las respuestas ofrecidas. Lo que si parece estar claro, es que cuando estas necesidades aparecen, pueden magnificarse en el momento del alta e incluso prolongarse más allá en el tiempo.

Es esto casos, es la figura del trabajador social quien ayuda en el restablecimiento de las mismas, en la búsqueda de ayudas, orientación, información, y en la coordinación con otros niveles asistenciales (Atención Primaria, Servicios Sociales, Centros de Salud Mental, etc.), intentando siempre ofrecer respuestas individualizadas y adaptadas a cada caso, tras la valoración social y el diagnóstico social emitido.

### **3.3 CLASIFICACION DE LAS NECESIDADES SOCIALES**

Autores como Varsavsky, Heller, Galtung y Wirak o Lebrecht, han abordado el tema de las necesidades humanas y han estableciendo diferentes clasificaciones, incluyendo a las necesidades sociales dentro de las necesidades secundarias, de bienestar o superación, reales o imaginarias, etc. Debido a la innumerable literatura sobre el tema, la doctoranda ha creído al igual que sucedía con el concepto de necesidad social, sólo incluir en este apartado aquellas clasificaciones más específicas para el tema que nos ocupa, y que por lo tanto, pueden tener una mayor relevancia para el estudio.

Jonathan Bradshaw, profesor de políticas sociales e investigador en este ámbito, plantea una clasificación cuatripartita de necesidades sociales y las define así<sup>94</sup>:

- **Necesidad normativa**: es aquella que un profesional o experto define como necesidad en una circunstancia concreta. Se establece un nivel “deseable” de provisión y acceso a un servicio social particular, si un grupo individual o social no alcanza este nivel, entonces se considera en situación de necesidad.
- **Necesidad experimentada o sentida**: es aquella que está limitada por las percepciones del individuo, tanto por su conocimiento de la disponibilidad de un servicio como por su resentimiento por confesar en ocasiones su pérdida de independencia.
- **Necesidad expresada o demanda**: es la necesidad experimentada puesta en acción a través de la solicitud de un servicio.
- **Necesidad comparada**: es la necesidad deducida por el observador exterior, en circunstancias en las que individuos que no se benefician de un servicio, tienen iguales características que otros que si lo reciben.

El psicólogo Abraham H. Maslow desarrolló una pirámide con 5 niveles de necesidades humanas, en la que reflejaba que las personas tenían unas necesidades jerarquizadas, de tal forma que las secundarias o superiores surgen cuando las más básicas se han satisfecho.

---

<sup>94</sup> Bradshaw, J. (1981). *Una tipologia de la necessitat social*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Direcció General de Serveis Socials, pp.6-8.

En la base de la pirámide estarían las necesidades fisiológicas, que son aquellas indispensables para poder vivir; respirar, comer o dormir. Le seguirían en el segundo nivel, las necesidades de protección y seguridad; seguridad física, económica, etc. En el tercer nivel estarían las necesidades sociales, que estarían condicionadas a la satisfacción de los dos niveles anteriores. Aquí entrarían las necesidades de relación e integración en un grupo, aceptación social, asociación y desarrollo de habilidades sociales. En el cuarto nivel se encontrarían las necesidades del yo, que se refieren a las necesidades de autoestima y reputación personal, y por último, en la cima de la pirámide se encontrarían las necesidades de autorrealización, que se refieren a todo lo que un ser humano puede alcanzar si desarrolla sus potencialidades<sup>95</sup>.

Eduardo Díaz y Patricia Fernández (2013), establecen cuatro grandes categorías que les permiten agrupar los diferentes conceptos de necesidades sociales específicas sobre las que interviene el Trabajo Social según su naturaleza:

- **Integridad o supervivencia**: hace referencia a los factores básicos para la reproducción de la vida o supervivencia en el mundo. En esta categoría entrarían necesidades tales como: alimentación, abrigo, alojamiento, recursos económicos básicos, salubridad, salud física y psíquica, y acceso a servicios sanitarios o situaciones de falta de libertad, violencia o maltrato.
- **Inclusión/ Integración social**: esta categoría supondría detectar necesidades básicas en relación al contexto socioambiental (justicia, cultura, educación, etc.), y al funcionamiento y participación social

---

<sup>95</sup> RAMOS, C., *op.cit.*,p.355.

(redes sociales, familiares, laborales, estatus social, etc.). (Hepworth, Rooney, y Larsen. 1996 citado por Díaz, E. y Fernández, P. 2013).

- **Autonomía personal y social**: en esta categoría se valoraría la capacidad para mantener una vida autónoma e independiente, para poder decidir responsablemente, manejar las emociones propias, las capacidades para la interacción social y manejarse en el medio.
- **Identidad personal y social**: hace referencia a las ideas que tenemos sobre nosotros y sobre cómo nos ve el mundo, por lo tanto, únicamente se establece en interacción con los demás. En el desarrollo de la identidad personal, aprendemos el sentido de pertenecer a un grupo cultural con el que se comparten características comunes, y a esto es a lo que denominamos identidad social.
- **Necesidad comparada**: es la medida de una necesidad deducida a base de estudiar las características de la población que recibe un servicio. Si existen individuos con circunstancias similares que no reciben el servicio están necesitados. La necesidad establecida por este método, es la diferencia entre los servicios que existen en un área y en otra, examinados para considerar la diferencia de déficits. Se trata de un intento de estandarizar la provisión de servicios, pero esto no tiene por qué corresponder a la necesidad.

Para las autoras Las Heras y Cortajarena (1979), las necesidades pueden ser:

- **Particulares**: aquellas carencias que sólo comprometen a un individuo como tal.
- **Sociales**: aquellas que implican en mayor o menor medida a la sociedad, y sólo de ella pueden recibir la solución apropiada. Por lo

tanto, la sociedad con más niveles de necesidad cubiertos, mayor amplitud de necesidades percibe.

Estas mismas autoras, también establecen un orden de prioridad para el tratamiento de las necesidades sociales teniendo en cuenta el principio básico de prelación, es decir, de coordinación entre el nivel de necesidades con el de recursos, y establecen la siguiente jerarquía:

- **Necesidades preferentes**: aquellas de mayor importancia y a las que se subordinan el resto.
- **Necesidades urgentes**: aquellas que exigen una preferencia no jerárquica. Aparecen a consecuencia de una emergencia, imprevisto o falta de programación.
- **Necesidades ordinarias**: las que se dan de forma sistemática sin requerir una preferencia ni urgencia. No obstante, en circunstancias específicas, puede convertirse en preferentes o urgentes.

Una vez abordado ya el concepto de necesidad social, su aparición en el contexto de la enfermedad y mostrarse diferentes clasificaciones en relación a ello, se hace necesario conocer cómo poder detectarlas y valorarlas, intentando buscar una posible orientación en su abordaje. Para ello, a continuación haremos una aproximación a grupos de población con características particulares en relación a su enfermedad, factores de salud que generan problemática social o posibles escalas de valoración utilizadas para tal fin.

### **3.4 LA VALORACIÓN DE NECESIDADES SOCIALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**

La enfermedad suele desencadenar una serie de consecuencias en la vida de la persona que la padece, repercutiendo en su área personal, familiar o social.

Por eso, es imprescindible detectar lo más pronto posible las necesidades sociales que han podido surgir a raíz de la enfermedad e intervenir sobre ellas, intentando evitar con ello: dificultades en la continuidad asistencial al alta hospitalaria, prolongaciones hospitalarias por motivo social o reingresos no programados. Será asimismo necesario, tener en cuenta el tipo de enfermedad, los factores de salud que pueden generar problemática social, y las escalas de valoración de necesidades que pueden ser utilizadas por el trabajador social en el ámbito hospitalario para detectarlas.

### 3.4.1 GRUPOS DE POBLACIÓN POR TIPO DE ENFERMEDAD

Con el fin de tener unos criterios objetivos que puedan orientar al trabajador social a la hora de intervenir con los pacientes y sus familiares, Dolors Colom (2000) ha establecido una clasificación de grupos de población que presentan unas características particulares:

- Personas con enfermedades agudas: son aquellas que ingresan por uno o varios problemas de salud, casi siempre surgidos de forma brusca, y que no se pueden atender ni en el Centro de Salud ni en el domicilio del paciente.

Normalmente, las patologías agudas (fracturas, infecciones, hemorragias...) suelen tener una duración predecible, y cuando se resuelven clínicamente las personas son dadas de alta. Suele coincidir el alta hospitalaria con el alta social, y con poca probabilidad suele ser necesario algún soporte o recurso temporal.

Es importante también tener en cuenta si nos encontramos ante una persona joven o mayor, ya que la persona mayor será más probable que pueda presentar otras enfermedades o problemas sociales asociados.



- Personas con enfermedades crónicas: suelen ingresar por descompensación de su patología crónica, y normalmente siguen tratamientos médicos muy largos, sin que puedan volver a recuperar la salud perdida. Estos pacientes suelen tener un alto número de ingresos hospitalarios, y más posibilidades de necesitar ayudas formales después del alta. En estos casos, es esencial la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales (especializada y primaria).
- Personas con enfermedades degenerativas: es una población que suele estar en contacto con otros servicios especializados, y dependiendo de la edad del paciente, normalmente suelen vivir con la familia o estar institucionalizados. Para estas personas, el soporte y ayuda directa con la que cuenten será primordial, así como la atención a la familia, que como cuidadores principales necesitarán soporte y ayuda material, psicológica y social.
- Personas con enfermedades infecciosas: como tuberculosis, sida, hepatitis, etc., estos pacientes presentan riesgos de salud pública de la esfera sanitaria y social. Durante el ingreso hospitalario se deben de tomar unas medidas estrictas que eviten la propagación o contagio de la enfermedad, y en ocasiones, estas deben de extenderse al domicilio y a sus cuidadores. Los enfermos con este tipo de enfermedades, deben de seguir un tratamiento largo, en muchas ocasiones para toda la vida. Para ellos, el alta hospitalaria es solo una parte del proceso, y se debe de trabajar con el paciente y su red social para garantizar la seguridad.
- Personas con enfermedades mentales: suelen necesitar una atención sanitaria prolongada, que debe de seguir una vez dado el alta hospitalario. La intervención social debe de centrarse en la familia, y el objetivo principal que se debe de perseguir aparte de continuar con el

tratamiento pautado, es la recuperación máxima de la autonomía de la persona.

Teniendo en cuenta la experiencia diaria de la proponente, añadiría a esta clasificación las personas con enfermedades terminales, y aquellas que tienen conductas adictivas:

- Personas con enfermedad terminal<sup>96</sup>: aquellas que padecen una enfermedad avanzada, incurable, progresiva y que no responden al tratamiento. Se trabajará con el paciente y su familia reduciendo los factores de impacto, optimizando los recursos propios de soporte familiar, y realizando una prevención y tratamiento del duelo familiar.
- Personas con conductas adictivas<sup>97</sup>: aquellas con problemas de drogodependencia desarrollan una serie de necesidades que suelen ser comunes y frecuentes; conflictos familiares, escasas relaciones sociales, problemas de alojamiento, ausencia de empleo, etc. Es necesario abordar la intervención profesional desde un punto de vista sanitario y social, con el objetivo de rehabilitar e insertar al drogodependiente en la comunidad.

### 3.4.2 FACTORES DE SALUD QUE GENERAN PROBLEMÁTICA SOCIAL

Mondragón y Trigueros (1999), establecen unos factores de la salud que condicionan a los problemas sociales:

---

<sup>96</sup> MONDRAGÓN, J.; TRIGUEROS, I., *op.cit.*, pp.102-108.

<sup>97</sup> *Ibíd.*, pp.114-119.

- **Enfermedades crónicas**: edad, estilos de vida (dieta, sedentarismo, estrés, alcohol...), herencia genética, clima, atención sanitaria inadecuada, condiciones laborales, y la falta de educación para la salud.
- **Enfermedades transmisibles**: factores climatológicos (temperatura extrema, humedad...), condiciones del medio (vivienda con condiciones insalubres, falta de educación sanitaria, factores profesionales, deficiente atención sanitaria y factores socioculturales (prejuicios sociales ante determinadas enfermedades, autocuidados incorrectos, bajo nivel económico...))
- **Accidentes**: factores laborales (ausencia de medidas de seguridad, indigencia, medicación sin control...), conducción en condiciones inadecuadas por motivos personales, del vehículo, la carretera o el clima.
- **Alcohol y drogas**: factores socioculturales (paro, sociedad de consumo), factores psíquicos, incorrecta atención sanitaria, adulteración de productos, escasas condiciones higiénicas.
- **Alteraciones mentales**: factores hereditarios, socioculturales, laborales y familiares, dietas desequilibradas y ausencia de formación en educación sanitaria.

### 3.4.3 ESCALAS Y CUESTIONARIOS DE VALORACIÓN DE NECESIDADES

El trabajador social cuenta con diferentes instrumentos para valorar las necesidades que puede presentar un paciente. Estas escalas y cuestionarios no son específicas del ámbito hospitalario, pero son igualmente válidos y proporcionan un enfoque general de las necesidades sociales de las personas enfermas a la que se aplica, ayudando en la elaboración de un diagnóstico social. A continuación se exponen las más representativas:

- Escala de Valoración Socio-Familiar de Gijón<sup>98</sup>: es una escala dirigida a personas mayores de 65 años que recoge los aspectos sociales principales en cinco áreas; situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyos de la red social. En cada área se puede puntuar de 0 a 4 puntos, obteniéndose una puntuación entre 0 (que sería la mejor situación social) y 20 puntos (la de mayor precariedad social). El punto de corte para la detección de riesgo social es 16. (Ver escala en Anexo I)
- Escala de sobrecarga del cuidador – Zarit<sup>99</sup>: dirigida a medir el grado de sobrecarga de los cuidadores de personas dependientes. Es un cuestionario que consta de 22 afirmaciones que reflejan cómo se sienten a veces las personas que cuidan a otra. (Ver escala en Anexo II)
- Cuestionario Apgar familiar<sup>100</sup>: se utiliza para valorar la percepción de la persona sobre el nivel de funcionamiento de su propia unidad familiar de forma integral. (Ver escala en Anexo III)

---

<sup>98</sup> Junta de Andalucía: Consultado el 3 de febrero de 2014 en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT8\\_RiesSocial.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT8_RiesSocial.pdf)

<sup>99</sup> Ibid.: Consultado el 3 de febrero de 2014 en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT8\\_Sobrecargacuidador\\_Zarit.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT8_Sobrecargacuidador_Zarit.pdf)

<sup>100</sup> Junta de Andalucía: Consultado el 3 de febrero de 2014 en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT8\\_Apgar\\_familiar.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT8_Apgar_familiar.pdf)

- Cuestionario de apoyo social percibido- Duke<sup>101</sup>: evalúa el apoyo social percibido. Consta de 11 ítems y de una escala de respuesta del 1 al 5, oscilando la puntuación de 11 a 55 puntos. A menor puntuación, menor apoyo. La puntuación que se obtiene es reflejo del apoyo percibido no el real. (Ver escala en Anexo IV)

### 3.5 RECURSOS SANITARIOS Y SOCIALES

En este apartado, no se pretende mostrar una clasificación exhaustiva de todos los recursos sanitarios y sociales utilizados o con los que se coordina un trabajador social en un hospital general de agudos, sino exponer de forma clara y sencilla fruto de la experiencia diaria, los recursos más utilizados. De esta forma, se desea ofrecer una idea global de las diferentes alternativas con las que cuenta este profesional.

Como es lógico, no todos los pacientes necesitan el mismo recurso de cara al alta hospitalaria, ya que dependiendo de la enfermedad que tengan, del grado de autonomía física y mental, del motivo que se persiga con el recurso, y del apoyo sociofamiliar con el que cuenten, precisará uno u otro. Por ello, será imprescindible realizar una buena valoración integral del paciente en todos sus aspectos; biológico, psicológico y social, que permita ayudar a elegir la opción más conveniente.

**A) RECURSOS SANITARIOS:** Dentro de estos recursos encontramos los hospitales de apoyo de media y larga estancia, hospitales de día, centros de salud de atención primaria, centros de salud mental, y los reintegros de gastos por prestación ortoprotésica.

---

<sup>101</sup> Junta de Andalucía : Consultado el 3 de febrero de 2014 en:

[http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT8\\_ApoyoSoc\\_Duke.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT8_ApoyoSoc_Duke.pdf)

1. Hospitales de apoyo de media y larga estancia: son hospitales que atienden a pacientes que precisan cuidados sanitarios por procesos crónicos o por un reducido grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, que requieren un periodo prolongado de internamiento para recibir cuidados que no pueden ser proporcionados en su domicilio<sup>102</sup>.

Estos hospitales se articulan en Unidades Funcionales Especializadas en un determinado tipo de cuidados sanitarios: recuperación funcional, cuidados paliativos, daño cerebral, tuberculosis, demencia, etc. Para poder acceder a estas unidades, los pacientes deben de cumplir unos criterios específicos de admisión, y para ello, se debe de enviar desde el hospital peticionario un informe médico, un informe de enfermería e informe social. El trámite y gestión de este recurso lo realiza el trabajador social hospitalario.

Sin embargo, la derivación de pacientes a Unidades de Cuidados Paliativos, se realiza a través de una aplicación informática llamada InfoPAL (Sistema de Información en Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid), a la que tiene acceso sólo personal sanitario designado para ello. En este caso, la función del trabajador social consiste en hablar con el paciente y/o familiares para informarles de los posibles centros y conocer sus preferencias (aunque no es garantía de concesión), e informar telefónicamente de dicha preferencia al Sistema de Información.

---

<sup>102</sup> España. Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, 23 de octubre de 2003, núm. 254, p. 37897.

1.1 Tipología de los pacientes de las diferentes Unidades Funcionales Especializadas<sup>103</sup>.

- **Unidad de Recuperación Funcional:** está indicada para pacientes que padecen discapacidades secundarias a procesos traumatológicos quirúrgicos y no quirúrgicos, neurológicos e inmovilismo, con el objetivo de recuperar el máximo posible de la capacidad perdida.

- **Unidad de Cuidados Paliativos:** destinada a la atención integral de pacientes con una enfermedad terminal y a sus familias, con síntomas de difícil control, imposibilidad de manejo en el domicilio, y con un pronóstico de supervivencia inferior a seis meses. El objetivo es proporcionar la mayor calidad de vida al paciente y a su familia, sin pretender variar la supervivencia.

- **Unidad de Cuidados Continuos:** para pacientes crónicos con inestabilidad clínica o gran incapacidad, que necesiten unos cuidados que no puedan ser dispensados en el domicilio, y que precisen un ingreso hospitalario durante un máximo de 60 días<sup>104</sup>.

- **Unidad de Crónicos Agudizados:** destinada a pacientes que no necesiten una asistencia en un Servicio de Urgencias, pero que presenten un proceso agudo diagnosticado, una agudización de la enfermedad

---

<sup>103</sup> SALUD MADRID (2008) *Proyecto de unificación de las denominaciones y los criterios de admisión de las Unidades Asistenciales en los hospitales de media y larga estancia de la Comunidad de Madrid.*

<sup>104</sup> Hospital La Fuenfria: Consultado el 8 de marzo de 2014 en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142307372679&language=es&pagename=HospitalFuenfria%2FPage%2FHFUE\\_pintarContenidoFinal](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142307372679&language=es&pagename=HospitalFuenfria%2FPage%2FHFUE_pintarContenidoFinal)

crónica o de difícil manejo en el ámbito domiciliario y requiera atención hospitalaria.

- **Unidad de Demencias:** indicado para pacientes diagnosticados de demencia en cualquier estadio evolutivo mayores de 65 años, y también para soporte de los cuidadores.

- **Unidad de Tuberculosis:** para pacientes con sospecha o con diagnóstico de tuberculosis, y está dotada de habitaciones para aislamiento respiratorio. Es la única Unidad en la que la derivación por problema social no será motivo de exclusión.

- **Unidad de Psicogeriatría:** indicada para pacientes con enfermedad mental crónica o de reciente aparición, mayores de 60 años, y que presenten desestabilización clínica sintomática, conductual o presencia de comorbilidad con riesgo de deterioro funcional asociado<sup>105</sup>. Al hablar de comorbilidad, término médico, nos referimos a cuando el paciente presenta una o más enfermedades a parte de la primaria.

- **Unidad de Neumología:** destinada a pacientes con una enfermedad respiratoria como diagnóstico principal, que necesiten un tratamiento bajo supervisión médica hospitalaria hasta que estén estabilizados, y no sea previsible la necesidad de cuidados intensivos o extraordinarios.

---

<sup>105</sup> Hospital Virgen de la Poveda: Consultado el 8 de marzo de 2014 en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1155118624303&language=es&pagename=HospitalVirgenPoveda%2FPagina%2FHVPO\\_pintarContenidoFinal](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1155118624303&language=es&pagename=HospitalVirgenPoveda%2FPagina%2FHVPO_pintarContenidoFinal)



### 1.2 Centros existentes para derivación

En la Comunidad de Madrid existen centros de apoyo de media y larga estancia públicos o concertados, a los que se puede realizar derivación desde un hospital de agudos, siguiendo los criterios marcados por la Dirección del Centro a la hora de derivar. Es importante destacar que no todos los hospitales cuentan con todas las Unidades anteriormente descritas, y por lo tanto, las derivaciones se realizarán teniendo en cuenta las necesidades del paciente y la cobertura asistencial de los Centros. El hospital donde se está realizando la investigación puede derivar a los siguientes:

Cuadro 3.1. Centros de apoyo de media y larga estancia	
<b>CENTROS PÚBLICOS</b>	Hospital Guadarrama Hospital La Fuenfría Hospital Virgen de la Poveda Hospital Virgen de la Torre
<b>CENTROS CONCERTADOS</b>	Hospital San Rafael Hospital Beata María Ana Fundación Instituto San José Residencia Asistida San Camilo Clínica SEAR VOT de San Francisco Clínica San Vicente

*Fuente: Elaboración propia*

2. Hospitales de día: son unas unidades asistenciales que prestan al paciente una atención especializada de forma ambulatoria evitando que se quede hospitalizado.

3. Atención primaria. Centros de Salud y ESAD:

- **Los Centros de Salud de Atención Primaria**<sup>106</sup>: son centros sin internamiento que atienden a la persona, familia y comunidad, mediante medios básicos y equipos de apoyo. Desarrollan diferentes funciones, entre ellas: diagnóstico, curación, rehabilitación, prevención y promoción de la salud.

- **Los ESAD (Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria)**<sup>107</sup>: tienen como objetivo mejorar la calidad de la atención domiciliaria a pacientes con enfermedades crónicas evolutivas, con limitación funcional y/o inmovilización compleja, o que presenten una enfermedad en fase terminal. Estos equipos facilitan la coordinación con atención especializada y los servicios sociales.

4. Centros de Salud Mental<sup>108</sup>: son centros sanitarios en los que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de las enfermedades mentales.

---

<sup>106</sup> España. Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, 23 de octubre de 2003, núm. 254, p. 37898.

<sup>107</sup> Asociación Española Contra el Cáncer: Consultado el 10 de marzo de 2014 en: <https://www.aecc.es/SOBREELCANCER/CUIDADOSPALIATIVOS/Paginas/Quienrealizaloscuidadospaliativos.aspx>

<sup>108</sup> RD 1277/2003, *loc.cit.*

5. Reintegro de gastos por prestación ortoprotésica<sup>109</sup>: las personas que compren material ortoprotésico prescrito por un médico de atención especializada del Sistema Nacional de Salud, y que esté incluido en el actual Catálogo General de Material Ortoprotésico, podrán solicitar una ayuda para cubrir los gastos. Es decir, personas que hayan comprado una silla de ruedas, andador, bastón, cojines de asiento, etc, podrán solicitar que se les reembolse una parte. La presentación de solicitudes se puede realizar de forma presencial o vía internet junto a la documentación correspondiente (Solicitud, fotocopia del DNI/NIE, fotocopia de la tarjeta sanitaria, Informe del facultativo (Anexo II), factura de la Ortopedia, y certificación bancaria que acredite que el titular de la tarjeta sanitaria tiene una cuenta corriente en la que ingresar la ayuda correspondiente).

Existe una modalidad para tramitar las solicitudes de pago llamadas por endoso<sup>110</sup>, que consiste en una solicitud de material ortoprotésico en la que quien percibe el reintegro de la ayuda no es la persona solicitante sino la Ortopedia, a través de un documento de cesión que incorpora la solicitud.

**B) RECURSOS SOCIALES:** los trabajadores sociales en el ámbito hospitalario no pueden tramitar recursos ni ayudas sociales, pero si informar sobre ellos, orientar a los pacientes y a sus familias a que se dirijan a los Servicios Sociales de zona, y coordinar un trabajo conjunto con el trabajador

---

<sup>109</sup> Comunidad de Madrid: Consultado el 11 de marzo de 2014 en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_ConvocaPrestac\\_FA&cid=1142596836530&definicion=AyudaBecaSubvenciones&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&tipoServicio=CM\\_ConvocaPrestac\\_FA](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_ConvocaPrestac_FA&cid=1142596836530&definicion=AyudaBecaSubvenciones&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&tipoServicio=CM_ConvocaPrestac_FA)

<sup>110</sup> Comunidad de Madrid: Consultado el 15 de marzo de 2014 en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DEL+ENDOSO.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271597223186&ssbinary=true>

social de zona, informándole del momento del alta hospitalaria del paciente para activar el recurso/ayuda social gestionada.

Estos recursos pueden ser de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, de la Administración Local, de Asociaciones, y de Entidades del Tercer Sector.

a. **Servicios:** Teleasistencia, Ayuda a domicilio para cuidados personales y tareas del hogar, centros de día, servicio de comidas a domicilio, camas articuladas (en algún municipio), atención residencial (residencias definitivas, de estancia temporal o emergencia social), y prestaciones económicas (cheque servicio, para cuidados en el entorno familiar, y para asistencia personal).

De todos estos servicios, cabe destacar las residencias de estancia temporal, por ser quizás el recurso más solicitado y sobre el que más se informa a pacientes y familiares, por su finalidad y rapidez de concesión, y por ser un recurso en el que el trabajador social hospitalario tiene parte activa en la gestión de su documentación. Estas residencias están indicadas para personas mayores por los siguientes motivos<sup>111</sup>:

- Enfermedad, accidente o intervención quirúrgica de la persona que atiende al mayor.
- Causas laborales o traslado de domicilio del familiar que lo cuida.
- Atención a la persona mayor durante su convalecencia, cuando no precise atención hospitalaria.
- Descanso y apoyo de familiares y cuidadores.

---

<sup>111</sup> Comunidad de Madrid: Consultado el 15 de marzo de 2014 en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DRequisitos2.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271651525101&ssbinary=true>

- Otras causas que impidan temporalmente la atención del mayor en su propio domicilio, siempre que se garantice el regreso a su medio habitual.

b. **Otros recursos sociales:** Centros de mayores, voluntariado, grupos de autoayuda, etc.

Como hemos podido ver, el trabajador social del ámbito sanitario cuenta con recursos o servicios de tipo sanitario y social, con los que poder abordar las necesidades sociales desarrolladas por un paciente o sus familiares a raíz de una enfermedad. Otra cosa bien distinta, es que sea concedido el recurso solicitado, que llegue en el momento adecuado o que cubra las necesidades reales que se presentan.

Una vez abordada la enfermedad, la salud, las necesidades que surgen a raíz de ella, y teniendo en cuenta el tema objeto de esta investigación y lugar de realización, un hospital de agudos, se hace necesario analizar el Sistema Sanitario español, ya que es el sistema de salud de un país, el que debe de velar por la salud de su población, intentando facilitar el acceso a los más desprotegidos y desfavorecidos.

# Capítulo 4: El Sistema Sanitario en España

*“La manera de concebir, gestionar y financiar los sistemas de salud influye en la vida y en los medios de subsistencia de la gente. La diferencia entre un sistema de salud eficaz y otro deficiente puede medirse en función de los niveles de mortalidad, discapacidad, empobrecimiento, humillación y desesperación.”*<sup>112</sup>

*Dra. Gro Harlem Brundtland  
(Directora General de la OMS 1998-2003)*

Los sistemas sanitarios, sistemas de salud o sistemas de asistencia sanitaria, son fundamentales para el desarrollo de cualquier sociedad sana, han ayudado a mejorar sustancialmente la salud de la población en el mundo durante el siglo XX, y han contribuido al aumento de la esperanza de vida.

La salud es una prioridad nacional y una responsabilidad del Gobierno, continua y permanente<sup>113</sup>. Por ello, es fundamental intentar acercar los servicios sanitarios a toda la población teniendo en cuenta las posibilidades

---

<sup>112</sup> OMS (2000).Informe sobre la salud en el Mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. *World Health Organization*. p.ix Recuperado el 9 de septiembre de 2013: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf)

<sup>113</sup> *Ibíd.*, xii

de cada país, minimizando o reduciendo las dificultades de acceso de los más pobres ante un problema de salud, para que esto no los pueda dejar más desprotegidos y hundidos en la pobreza.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido el sistema sanitario como “un conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial, y en el sector de la salud y otros sectores afines”.

Asimismo, la OMS establece como principios necesarios para que un Sistema de Salud sea óptimo los siguientes:

- Universalidad, o cobertura total de la población sin distinción.
- Atención integral: actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Equidad: igualdad de trato y accesibilidad a los servicios, y en el rendimiento de los servicios.
- Eficiencia: máximo nivel de salud y mejores prestaciones al menor coste.
- Flexibilidad: funcionalidad para poder responder ágilmente a las nuevas necesidades.
- Participación real de la población en la planificación y gestión del sistema sanitario.

En general, los sistemas de salud tienen tres objetivos fundamentales<sup>114</sup>: mejorar la salud de la población a la que atienden, responder a las expectativas de las personas, y ofrecer protección financiera contra los costes de la mala salud. Es importante señalar, que la salud de la población de un

---

<sup>114</sup> OMS *op. cit.*, p.9

país obedece en gran medida al modelo en el que se circunscribe su sistema sanitario, ya que dependiendo de cómo sean sus características organizativas y financieras, priorizará más un objetivo que otro. No obstante se puede decir, que no hay ningún sistema sanitario que dé el máximo en todos sus objetivos, ya que la implicación en más de uno conlleva ser más moderado en otro.

Fundamentalmente existen tres modelos de sistemas sanitarios<sup>115</sup>: el modelo liberal, el modelo socialista y el modelo mixto. En el primer modelo, que es el existente en los Estados Unidos de América y que vimos en líneas generales en el capítulo 2, la salud es considerada un bien de consumo que no tiene por qué estar protegida por los poderes públicos totalmente. En el modelo socialista, el Estado cubre la asistencia sanitaria prácticamente de los más pobres y desfavorecidos, y el resto de la población se paga íntegramente la asistencia mediante la contratación de un seguro o directamente. Y por último, el modelo mixto, en el que el Estado financia la asistencia sanitaria íntegramente a través de los presupuestos generales del Estado o de impuestos. Este último modelo es el implantado en Europa pero no en estado puro sino en alguna de sus dos variantes: el modelo Bismarck o el modelo Beveridge.

En España, el modelo actual existente es de tipo Beveridge o Sistema Nacional de Salud, en el cual la provisión de la asistencia sanitaria es financiada por los presupuestos generales del Estado a través de impuestos generales, y es planificada y organizada por el Gobierno.

---

<sup>115</sup> Cabo, J.; Cabo Muiños, J.; Iglesias, J.R. Capítulo 1: Sistemas de salud y reformas sanitarias en España, Canadá y EEUU. *CEF.-Gestión Sanitaria*. p.1. Recuperado el 4 de septiembre de 2013:<http://www.gestion-sanitaria.com/sistemas-salud-reformas-sanitarias-espana-canada-EEUU.html>



Generalmente, los sistemas sanitarios y su atención sanitaria son considerados parte del Estado de Bienestar en la mayoría de los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE)<sup>116</sup>, teniendo el Gobierno la responsabilidad de garantizar un acceso apropiado a los mismos.

Como podemos imaginar, las necesidades relativas a la salud son muy diferentes a las de hace 100 años. Actualmente, las personas ya no sólo acuden a un centro sanitario ante un dolor físico o un trastorno psicológico, sino también para asesoramiento sobre el cuidado de los hijos, información nutricional, consejos de vida saludable, etc. Ahora se establece una relación directa de personas/pacientes con un sistema sanitario, que les ofrece y proporciona los servicios que precisan.

#### **4.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ATENCIÓN SANITARIA PÚBLICA EN ESPAÑA**

Con antecedentes previos como la Ley de Beneficencia de 1822, las Hermandades de Socorros Mutuos o los Montepíos laicos, nacía en España en el año 1908 el Sistema Sanitario Público con la creación del Instituto Nacional de Previsión (INP), cuyo objetivo era coordinar el diseño e implantación de las primeras políticas relativas a seguros sociales. Este organismo se convertía en la primera institución oficial de protección social en España, y se encargaba de la Seguridad Social y de la asistencia sanitaria; de esta última tras aprobarse el Real Decreto de 18 de marzo de 1919 sobre el

---

<sup>116</sup> *Ibíd.*, p.5

Seguro de Paro Forzoso, que aseguraba la protección en caso de enfermedad común<sup>117</sup>.

En el año 1929 se establecía en España el Seguro Obligatorio de Maternidad<sup>118</sup> que garantizaba la asistencia médica durante el embarazo y el parto, y en el año 1942 se aprobaba el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) mediante la Ley 14 de diciembre de 1942<sup>119</sup>, que aseguraba asistencia sanitaria en caso de enfermedad y maternidad, indemnización económica por la pérdida de la retribución derivada de las situaciones referidas, e indemnización para afrontar los gastos funerarios de asegurados fallecidos cuyas rentas de trabajo no excediesen los límites fijados. Este seguro también proporcionaba asistencia farmacéutica y hospitalización quirúrgica de acuerdo con las especificaciones establecidas. Con los años, este seguro se convertiría en el sistema por excelencia de la asistencia sanitaria en España.

En 1936 el General Francisco Franco, daba un golpe de estado en España e instauraba un gobierno de régimen totalitario que duraría hasta 1975, año en el que falleció. Desde 1942 hasta 1977, era el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social quien a través del INP gestionaría la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

En el año 1963 se aprobaba la Ley de Bases de la Seguridad Social, con el objetivo de implantar un modelo unitario e integrado de protección social. Esta

---

<sup>117</sup> Sevilla, F. (2006). *La Universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social*. Fundación Alternativas. Estudio cofinanciado por FIPROS (Fomento de la Investigación de la Protección social), Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, p.10

<sup>118</sup> *Ibíd.*

<sup>119</sup> España. Ley 14 de diciembre de 1942, por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad. *Boletín Oficial del Estado*, 27 de diciembre de 1942, núm. 361.

ley comprendía entre sus acciones protectoras en materia sanitaria las siguientes<sup>120</sup>: asistencia sanitaria en casos de maternidad, enfermedad común o profesional y accidentes, fueran o no de trabajo. Asimismo, dentro de la asistencia sanitaria que garantizaba la Ley de Bases de la Seguridad Social, se incluían los Servicios de Medicina General, Especialidades, Internamiento Quirúrgico, Medicina de Urgencia, estancia en Centros Sanitarios y tratamientos. Estas prestaciones se facilitaban a trabajadores por cuenta ajena cuya base de cotización, salvo accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, no excediese el límite reglamentariamente establecido, pensionistas de la seguridad social, y los que también estuvieran recibiendo prestaciones periódicas en los términos marcados. Esta asistencia sanitaria igualmente llegaba a los familiares o asimilados que tuvieran a su cargo a las personas anteriormente mencionadas.

Con la entrada en vigor de la Ley General de la Seguridad Social en 1967, se establecía en España un sistema integral de Seguridad Social que incluía el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), considerándose la asistencia sanitaria una prestación más del sistema de protección social. Hasta ese momento, la asistencia médica era únicamente privada, y los que no tenían recursos económicos eran atendidos por la beneficencia. Con la llegada de la Seguridad Social, la Sanidad pública se consolidaba en un modelo inspirado en el SOE que iba ampliando su cobertura, y prestaba sus servicios a través de hospitales y ambulatorios, y profesionales que eran contratados directamente. Asimismo con esta Ley, se ampliaba la cobertura sanitaria a profesionales autónomos y funcionarios con titulación.

---

<sup>120</sup> España. Ley 193/1963 de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, 30 de diciembre de 1963, núm. 312, p. 18185.

En el año 1978, con la aprobación de la Constitución española, se reconocía el derecho a la protección de la salud en su artículo 43, y se establecía la competencia de organizar y tutelar la salud pública a los poderes públicos, mediante medidas preventivas, y prestaciones y servicios necesarios<sup>121</sup>. Además el Estado español se conformaba como un Estado de Autonomías, a las cuales se les atribuía las competencias relacionadas con la sanidad, mientras las de la Seguridad Social seguían siendo competencia de la Administración General del Estado.

Asimismo, en 1978 se aprobaba el Real Decreto Ley 36/1978 de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo, que producía una reorganización de la Seguridad Social, la desaparición del INP, y la creación de diferentes organismos gestores: el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), para gestionar y administrar las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), para administrar y gestionar los servicios sanitarios, y el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), para gestionar los servicios complementarios de las prestaciones del sistema de la Seguridad Social<sup>122</sup>. Entre 1977 y 1981, la asistencia sanitaria dejaba de ser gestionada por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y pasaba a ser encomendada al nuevo Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

En 1986 se aprobaba la Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad, que reconocía el derecho a todos los ciudadanos y a extranjeros residentes en España a beneficiarse de las prestaciones del sistema sanitario, pero no

---

<sup>121</sup> España. Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de diciembre de 1978, núm. 311.1, p. 29320

<sup>122</sup> España. Real Decreto Ley 36/1978 de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo. *Boletín Oficial del Estado*, 18 de noviembre de 1978, núm. 276, p.26247.

generalizaba la gratuidad de dichas prestaciones. Esta Ley proponía la creación de un Sistema Nacional de Salud (SNS), y lo contemplaba como un conjunto de servicios de salud de las distintas Comunidades Autónomas adecuadamente organizados<sup>123</sup>. Esta ley supuso la conversión de un sistema existente hasta entonces de seguridad social (modelo Bismarck) a un sistema nacional de salud (modelo Beveridge), además de la transición de una financiación por medio de cotizaciones a la Seguridad Social a una financiación a través de impuestos generales fundamentalmente, a excepción de tres mutualidades: ISFAS, MUGEJU y MUFACE de exclusividad para los funcionarios públicos.

El SNS no reemplazó a la Seguridad Social en lo relativo a la asistencia sanitaria, ya que ésta siguió siendo una prestación de la misma. Con la creación del SNS se produjo una gran complejidad legal en todo lo relativo a la legislación sanitaria existente, y se prefirió no reformar nada en ese sentido. En la práctica, la asistencia sanitaria de la Seguridad Social daba cobertura al régimen general y a los regímenes especiales, que era la población sobre la que también desarrollaba sus actuaciones el SNS.

En el año 1988 se tomaban dos grandes decisiones encaminadas a desarrollar la Ley General de Sanidad: la primera, extender la protección sanitaria a todas las personas sin recursos que aparecían en los padrones de beneficencia asimilándolos al Régimen General de la Seguridad Social. La segunda, el cambio de la financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, pasando a ser sufragada por todos los ciudadanos

---

<sup>123</sup> España. Ley 14/86 de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de abril de 1986, núm. 101.

españoles, mediante una aportación desde los Presupuestos Generales del Estado y de forma secundaria, por cotizaciones sociales<sup>124</sup>.

Aunque en el año 1981 comenzó la transferencia de funciones y prestaciones en materia sanitaria a las diferentes comunidades autónomas, hasta el año 2001 no finalizó el proceso. De esta manera, cada comunidad autónoma pasaba a tener capacidad para planificar y organizar sus servicios de salud, teniendo siempre en cuenta la cartera básica de servicios establecida por el Gobierno.

En el año 2003, con la intención de lograr el equilibrio entre esa descentralización de competencias sanitarias y una coordinación nacional, se aprobaba la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, cuyo objetivo común era garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud en los siguientes términos:

a) Equidad: garantizar el acceso a las prestaciones a todos los ciudadanos, haciendo posible el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio, y facilitando la libre circulación de todos los ciudadanos.

b) Calidad: incorporar innovaciones seguras y efectivas, que orienten los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen.

c) Y, participación ciudadana: respeto a la autonomía de las decisiones individuales de las personas, teniendo en cuenta sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, permitiendo así un intercambio de conocimientos y experiencias.

---

<sup>124</sup> SEVILLA, *op.cit*, p.16.

De esta forma, se intentaba garantizar la equidad y calidad del SNS respetando la distribución de poderes. Además, se creaban diferentes organismos como la Agencia de Calidad del SNS, el Instituto de Información Sanitaria y el Observatorio del SNS, a los cuales se les daba gran relevancia en materia de coordinación.

No se puede obviar, que las mejoras en la asistencia sanitaria son incuestionables, la calidad de los profesionales y el desarrollo de nuevos centros sanitarios ha crecido, pero al no existir un modelo sanitario concreto, y un Gobierno con una política sanitaria mantenida en el tiempo, la universalización de la asistencia sanitaria pública de todos los ciudadanos ha ido perdiendo poco a poco su legitimidad.

## **4.2 BASE LEGISLATIVA QUE REGULA EL ACTUAL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL**

**A) CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA (CE) DE 1978.** La Constitución promulgada en el año 1978, fue uno de los hechos clave en la instauración del actual sistema sanitario. Con ella, se sustituía el sistema sanitario vigente hasta entonces, en el que coexistían diferentes redes asistenciales no coordinadas: asistencia de beneficencia, sanidad colectiva proporcionada por el Estado, asistencia particular dependiente del Gobierno como la sanidad penitenciaria, militar, etc. También consagraba el derecho de todos los españoles a la protección de la salud y establecía una nueva organización basada en regiones.

En su **artículo 43**, la CE reconocía el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas, y de las prestaciones y servicios necesarios. Asimismo, en su artículo **148** reconocía a las Comunidades Autónomas la posibilidad de asumir (entre otras), competencias en materia de sanidad e

higiene, y en su **artículo 149**, la competencia exclusiva del Estado sobre sanidad exterior, las bases y coordinación general de la sanidad, y la legislación sobre productos farmacéuticos.

**B) REAL DECRETO 137/1984 DE 11 DE ENERO SOBRE ESTRUCTURAS BÁSICAS DE SALUD.** Esta normativa delimitaba las zonas de salud dentro de un área geográfica, y creaba los equipos multidisciplinares de atención primaria como primer escalón sanitario.

En su **artículo 1**, este Real Decreto define la Zona de Salud como la demarcación poblacional y geográfica fundamental, delimitada a una determinada población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente con el fin de coordinar las funciones sanitarias afines. Establece que esa delimitación abarcará cada Zona de Salud se hará por la Comunidad Autónoma, teniendo en cuenta criterios demográficos, geográficos y sociales, y la población protegida por la Seguridad Social a atender podrá oscilar entre 5.000 y 25.000 habitantes, tanto en el medio rural como en el medio urbano. No obstante, y con carácter excepcional, podrá determinarse una Zona cuya cifra de población sea inferior a 5.000 habitantes para medios rurales, donde la dispersión geográfica u otras condiciones del medio lo aconsejen. Asimismo, y con carácter excepcional también, podrá abarcar una población mayor cuando las circunstancias poblacionales lo aconsejen.

Cuando la Zona de Salud esté constituida por varios municipios se fijará un municipio cabecera cuya ubicación no será distante del resto de los municipios un tiempo superior a treinta minutos con los medios habituales de locomoción, y en el que se ubicará el Centro de Salud.

En su **artículo 2**, define los Centros de Salud como la estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de una atención primaria de salud



coordinada globalmente, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo de equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo. En él desarrollarán sus actividades y funciones el Equipo de Atención primaria, y establece que en el medio rural podrá existir un Consultorio Local en cada una de las localidades, y en el medio urbano otras instalaciones diferenciadas dependientes del Centro de Salud.

En su **artículo 3**, define los Equipos de Atención Primaria (EAP) como el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con actuación en la Zona de Salud. Estos EAP tendrán como ámbito territorial de actuación la Zona de Salud y como localización física principal el Centro de Salud, estando formados por los siguientes profesionales:

- a) Los Médicos de Medicina General y Pediatría, Puericultura de Zona, Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados en Enfermería, Matronas y Practicantes de Zona y Auxiliares de Clínica, adscritos a la Zona.
- b) Los Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local adscritos a los Cuerpos de Médicos, Practicantes y Matronas titulares radicados en la Zona.
- c) Los Farmacéuticos titulares radicados en la Zona colaborarán con el Equipo, de acuerdo con criterios operativos y fórmulas flexibles en la forma en que se determine.
- d) Los Veterinarios titulares radicados en la Zona podrán integrarse en el Equipo de Atención Primaria, aplicando criterios operativos y de colaboración en la forma en que se determine.
- e) Los Trabajadores Sociales o Asistentes Sociales.
- f) El personal preciso para desempeñar las tareas de administración, recepción de avisos, información, cuidados de mantenimiento y aquellos otros que se estimen necesarios para el mejor funcionamiento del Centro.

- g) En la medida en que la propia dinámica de implantación y desarrollo de los Equipos lo hagan preciso, y las disponibilidades presupuestarias lo permitan, podrán incorporarse a los mismos otros profesionales.
- h) Los Equipos de Atención Primaria son elementos organizativos de carácter y estructura jerarquizados, bajo la dirección de un Coordinador Médico.

Además, en su **Artículo 5**, define las funciones que tendrán esos Equipos de Atención Primaria:

1. a) Prestar asistencia sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia, a la población adscrita a los Equipos en coordinación con el siguiente nivel asistencial.
  - b) Realizar las actividades encaminadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a la reinserción social.
  - c) Contribuir a la educación sanitaria de la población.
  - d) Realizar el diagnóstico de salud de la Zona.
  - e) Evaluar las actividades realizadas y los resultados obtenidos.
  - f) Realizar actividades de formación pregraduada y posgraduada de atención sanitaria, así como llevar a cabo los estudios clínicos y epidemiológicos que se determinen.
  - g) Participar en los programas de salud mental, laboral y ambiental.
  - h) Aquellas otras de análoga naturaleza que sean necesarias para la mejor atención de la población protegida.
2. La realización de aquellos programas sanitarios que específicamente se determinen, de acuerdo con el diagnóstico de salud de la Zona.
  3. El trabajo en equipo obliga a que cada uno de sus miembros participe en el estudio, ejecución y evaluación de las actividades comunes.

**C) LEY 14/1986 DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD.**

Con esta ley se pretendía dar respuesta al requerimiento constitucional del artículo 43, derecho a la protección de la salud, reconociendo el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España, pero no generalizaba obtener gratuitamente dichas prestaciones.

En su **artículo 44**, establecía que el Sistema Nacional de Salud estuviera integrado por todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud, y lo definía como el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley (Universalidad, Financiación pública, Equidad en el acceso y Descentralización).

En el **artículo 50**, también instauraba que en cada Comunidad Autónoma se constituyera un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad: Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, estando gestionado bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma.

En el **Artículo 56**, establecía que las Comunidades Autónomas fueran quienes delimitasen y constituyesen en su territorio demarcaciones denominadas Áreas de Salud, debiendo tener en cuenta los principios básicos que se establecían en la propia ley, para organizar así un sistema sanitario coordinado e integral.

Igualmente esta ley establecía, que en todo caso las Áreas de Salud deberían desarrollar las siguientes actividades:

a) **En el ámbito de la atención primaria de salud**, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atendería al individuo, la familia y la comunidad; mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención,

curación y rehabilitación, a través tanto de medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria.

b) **En el nivel de atención especializada**, a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquéllos, se prestaría la atención de mayor complejidad a los problemas de salud, y se desarrollarían las demás funciones propias de los hospitales.

En este artículo también se establecía que las Áreas de Salud serían dirigidas por un órgano propio, donde deberían participar las Corporaciones Locales en ellas situadas con una representación no inferior al 40% , dentro de las directrices y programas generales sanitarios establecidos por la Comunidad Autónoma. Las Áreas de Salud se delimitarían teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del Área. Y Como regla general, y sin perjuicio de las excepciones a que hubiera lugar, extendería su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000, exceptuándose las Comunidades Autónomas de Baleares y Canarias y las ciudades de Ceuta y Melilla, que podrían acomodarse a sus específicas peculiaridades. En todo caso, cada provincia tendría como mínimo un Área.

#### **D) LEY 16/2003 DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.**

Y por último la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, cuyo objetivo era asegurar la coordinación y cooperación entre las Comunidades Autónomas como vimos en el apartado anterior, además de abordar temas de interés como las prestaciones, la cartera de servicios, los medicamentos, la educación sanitaria, etc.

En su **artículo 2**, esta ley especifica los principios generales que la informan:

1. Prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias.
2. El aseguramiento universal y público por parte del Estado.
3. La coordinación y la cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en salud, en los términos previstos en esta ley y en la Ley General de Salud Pública.
4. La prestación de una atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad, en los términos previstos en esta ley y en la Ley General de Salud Pública.
5. La financiación pública del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica.
6. La igualdad de oportunidades y la libre circulación de los profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.
7. La colaboración entre los servicios sanitarios públicos y privados en la prestación de servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud.
8. La colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica.

Asimismo, en **su artículo 12** define la atención primaria como el nivel básico e inicial de atención, y especifica que comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

En su **artículo 13**, establece que la atención especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, además de actividades de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. Además este nivel de atención, garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que pueda reintegrarse en dicho nivel.

Esta ley aborda también la atención sociosanitaria (**artículo 14**), definiéndola como el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

Y en su **artículo 15**, aborda la atención médica de urgencia, especificando que se prestará cuando la situación clínica de un paciente obligue a una atención sanitaria inmediata, prestándose tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente, durante las 24 horas del día.

#### **4.3 SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se configura como “el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son

responsabilidad de los poderes públicos"<sup>125</sup>. Asimismo, el artículo 46 de la Ley 14/1986 General de Sanidad, establece como características fundamentales de este Sistema de Salud las siguientes:

- Extensión de sus servicios a toda la población.
- Organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.
- Coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.
- Financiación de las obligaciones derivadas de esta Ley se realizará mediante recursos de las Administraciones Públicas cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.
- Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

Hay que señalar, que cada Comunidad Autónoma tiene un Servicio de Salud que gestiona todos sus servicios y centros, excepto en Ceuta y Melilla, en dónde el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) perteneciente a la Administración Central del Estado gestiona su asistencia sanitaria.

Además, existe un Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), que coordina, coopera, comunica e informa entre los diferentes Servicios de Salud, y entre estos con la Administración General del Estado. Su objetivo es promover la cohesión del SNS por medio de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en toda España.

---

<sup>125</sup> Ministerio de sanidad, Servicios sociales e Igualdad (2012). *Sistema Nacional de Salud SNS España* 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría General Técnica. p.6.

#### 4.3.1 NIVELES ORGANIZATIVOS GENERALES DEL SISTEMA SANITARIO

Actualmente, las competencias del Sistema Nacional de Salud están repartidas como veremos a continuación en distintas administraciones de ámbito nacional, autonómico y local. Además como acabamos de comentar, existe el CISNS, órgano máximo de coordinación entre los diferentes Servicios de Salud, y entre estos y el gobierno central (establecido por la Ley de Cohesión y Calidad del SNS), que se encarga de emitir recomendaciones relativas a la organización, valoración y coordinación del SNS.

- La **Administración general del Estado** (Gobierno central), cuenta con ministerios y órganos con funciones de importancia en el SNS: coordinación y legislación básica sanitaria, financiación del sistema, catálogo de servicios y prestaciones mínimas garantizadas, política farmacéutica, etc. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, es la máxima autoridad encargada de la coordinación del SNS, elabora la política sanitaria y legislación básica de salud, además de tener bajo su autoridad directa organismos como la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios o la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económicos Presupuestarios, con competencia en este ámbito. Además, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se apoya también en otros ministerios como el Ministerio de Ciencia e Innovación que tiene las competencias en materia de investigación e innovación en salud, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Economía y Hacienda, Ministerio de Defensa o el Ministerio del Interior.
- La **Administración Autonómica** que está constituida por 17 administraciones sanitarias regionales (CC.AA). Cada comunidad autónoma tendrá autoridad para planificar y organizar su propio



sistema sanitario respetando siempre la normativa estatal (Ley General de Sanidad de 1986 y Ley de Cohesión y Calidad del SNS de 2003), permitiéndolas así decidir sobre su presupuesto sanitario. Las Comunidades Autónomas ejercerán las competencias asumidas en sus Estatutos, las que el Estado les transfiera o delegue, y las decisiones y actuaciones públicas previstas en la Ley General de Sanidad de 1986 que no se hayan reservado expresamente al Estado. Hay que recordar como vimos anteriormente, que en Ceuta y Melilla, es el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) quién gestiona su asistencia sanitaria.

- La **Administración Local**, que es gestionada por corporaciones locales (provincias y municipios). Se encargará del control sanitario del medio ambiente (contaminación atmosférica, saneamiento de aguas residuales, etc), control sanitario de industrias, transportes, ruidos y vibraciones, control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos relacionados con el uso o consumo humanos, control sanitario de cementerios o policía sanitaria mortuoria, y del personal sanitario de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que preste apoyo a los Ayuntamientos en los asuntos descritos en este apartado.

#### 4.3.2 NIVELES DE ATENCIÓN ASISTENCIAL

El Sistema Nacional de Salud se organiza en dos niveles asistenciales: la Atención Primaria y la Atención Especializada.

- La Atención Primaria, actúa como puerta de entrada al SNS y está formada por los centros de salud, en los que encuentran los médicos de cabecera, pediatras (atención a menores de 15 años),

enfermeros/as, matronas, trabajadores sociales, fisioterapeutas, etc. Como su nombre indica, realiza una primera atención individual sanitaria, y comprende actividades diagnósticas, terapéuticas, de seguimiento de procesos clínicos agudos o crónicos, promueve la salud y previene la enfermedad. La atención se presta a solicitud de las personas, de forma urgente o programada, tanto en la consulta del centro de salud como en el domicilio del paciente cuando es necesario.

En este nivel de atención, hay diferentes protocolos clínicos implantados, que se suelen organizar teniendo en cuenta grupos de pacientes específicos (sexo, edad, riesgo, etc), como por ejemplo: el programa de atención a la infancia, el programa de atención a la adolescencia, el programa de atención a la mujer, atención a personas con VIH y enfermedades de transmisión sexual, etc.

- La Atención Especializada, está formada por los hospitales y centros de especialidades, en régimen ambulatorio o de ingreso, dependiendo de la patología del paciente y de sus necesidades. Comprende las actividades asistenciales, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, así como el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad<sup>126</sup>. La atención urgente, se presta en el Servicio de Urgencias de los hospitales las 24 horas al día. Al alta médica desde este nivel asistencial, el paciente puede volver nuevamente a ser seguido por su médico de atención primaria, realizándose así una continuidad asistencial.

---

<sup>126</sup> Instituto de Información Sanitaria (2010). *Sistema Nacional de Salud de España 2010*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, p.21.

Hay que señalar, que en todas las comunidades autónomas existe como mínimo un hospital general para poder atender a los pacientes con patologías agudas, dotado con todas las especialidades, y con una cartera de servicios que refleje los últimos avances médicos.

#### **4.3.3 CARTERA DE SERVICIOS: PRESTACIONES DEL SNS**

La Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, definía el catalogo de prestaciones como “el conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción de la salud dirigidos a los ciudadanos, que comprenden las prestaciones de salud pública, atención primaria y especializada, sociosanitaria, urgencias, farmacia, ortoprótesis, productos dietéticos y transporte sanitario”.

Posteriormente el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, establecía la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Más tarde, el Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, definía la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud como el “conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias. Asimismo establecía tres modalidades de cartera de servicios: básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios.

◆ *La cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud, que comprende las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte*

sanitario urgente, cubiertos completamente mediante financiación pública.

◆ *La cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud*, que incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario. Incluiría prestación farmacéutica, ortoprotésica y de productos dietéticos. También entraría el transporte sanitario no urgente sujeto a prescripción facultativa por razones clínicas.

◆ *La cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud*, que incluye todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario.

◆ *La cartera común de servicios complementaria de las comunidades autónomas*. Las comunidades autónomas dentro de sus competencias, podrán incorporar una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera común básica, complementaria o de servicios accesorios, teniendo que destinar para ello recursos adicionales e informar de forma motivada al CISNS.

Actualmente, el acceso a las prestaciones del sistema sanitario se realiza a través de la Tarjeta Sanitaria Individual, que reconoce a cada ciudadano como usuario del SNS, y cuya atención sanitaria corre a cargo de los fondos públicos si se tiene condición de asegurado. Si no se tiene condición de asegurado, se puede recibir asistencia sanitaria mediante el pago correspondiente de la prestación, o cuota derivada de la inscripción a un convenio especial.

#### 4.3.4 CENTROS Y EQUIPAMIENTOS

El actual Sistema Sanitario en España cuenta con numerosos centros de salud, consultorios locales y hospitales, así como cualificada tecnología de diagnóstico de enfermedades y tratamientos.

Según los datos publicados en el portal estadístico del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad<sup>127</sup>, en el año 2013 existían en España 3.004 centros de salud y 10.112 consultorios locales, siendo Cataluña, Andalucía y Galicia las comunidades con más centros de salud, y Castilla y León, Castilla-La Mancha y Andalucía las que cuentan con más consultorios locales.

En relación a los hospitales, según los datos publicados por el Catálogo Nacional de Hospitales del año 2014 (actualizado a 31 de diciembre de 2013), en España existen 789 hospitales con una dotación total de 159.970 camas, siendo Cataluña sin lugar a dudas, la comunidad autónoma con más hospitales alcanzando la cifra de 211 hospitales y 34.438 camas, seguida de Andalucía con 106 hospitales y 20.888 camas, y en tercer lugar Madrid, con 81 hospitales y 21.830 camas.

De los datos del Catálogo de hospitales puede extraerse, que el 43% de los hospitales tienen una dependencia funcional pública y el 57 % privada, algo que se invierte en relación a la titularidad de las camas instaladas, ya que el 68 % son públicas y el 32 % privadas. Por finalidad asistencial, el 74 % de los hospitales se dedican a tratar patologías agudas (generales, quirúrgicas,

---

<sup>127</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Consultado el 07/06/2014 en: <http://www.msssi.gob.es/ConsultaSIAP/mttoRecur.do?metodo=crearRecur>

materno-infantiles, etc.), el 16% tiene por finalidad la asistencia geriátrica y/o larga estancia, y el 10% corresponde a hospitales psiquiátricos.

Casi la totalidad de hospitales con más de 500 camas dependen de la red pública del SNS, 56 de los 58 hospitales entre 501 y 1.000 camas también son públicos, así como los 18 hospitales de más de 1.000 camas, siendo la tasa de camas en funcionamiento de 3,1 por cada 1.000 habitantes<sup>128</sup>.

En relación al equipamiento, tecnologías y aparatos médicos, puede decirse que aunque los centros de atención primaria suelen contar con equipos de diagnóstico de ese nivel asistencial (oftalmoscopios, otoscopios, espirómetros, etc), la mayoría de las tecnologías más caras suelen encontrarse en los hospitales y centros de especialidades, siendo la tomografía axial computerizada (TAC) y la resonancia magnética las de mayor ayuda en el diagnóstico de enfermedades. En la red pública del SNS existían ya en 2011, 521 equipos de TAC: 11,3 por cada 1.000.000 de habitantes, y 279 aparatos de resonancias magnéticas: 6,1 por cada 1.000.000 de habitantes<sup>129</sup>.

Para el cáncer de mama, tumor más común en el caso de las mujeres, cuya detección y diagnóstico precoz eleva la tasa de su supervivencia, la red pública de hospitales contaba ya en 2011 con una dotación de 421 mamógrafos: 9,1 aparatos por 1.000.000 de habitantes. Asimismo, para el empleo de radioterapia, utilizada en el tratamiento de diferentes tipos de cáncer, la dotación de aparatos en la red pública de hospitales (bombas de

---

<sup>128</sup> Observatorio del Sistema Nacional de Salud (2014). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud*, 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, p.63.

<sup>129</sup> *Ibíd.*, pp. 64-65.

tele-cobaltoterapia y aceleradores lineales) en 2011 era de 176 equipos: 3,8 aparatos por 1.000.000 habitantes<sup>130</sup>.

Además, en España existen centros, servicios y unidades de referencia para aquellas enfermedades de alta complejidad, que precisan una agrupación de recursos diagnósticos y terapéuticos como por ejemplo: la esclerosis múltiple, atención al lesionado medular complejo, el trasplante cardiaco infantil o la epilepsia refractaria.

#### **4.3.5 RECURSOS HUMANOS DEL SNS**

Una adecuada dotación de profesionales dentro de los diferentes niveles asistenciales, atención primaria y atención especializada, es fundamental para poder ofrecer una adecuada atención sanitaria y de calidad a todos los pacientes. Según los datos de la OMS<sup>131</sup>, el número de profesionales sanitarios en España se ha incrementado durante los últimos 25 años, destacando el aumento de perfiles profesionales como el de enfermería, dentistas o farmacéuticos que contrasta con la relativa estabilidad del número de médicos.

En este apartado comentaremos sólo las cifras a grandes rasgos de los profesionales más mayoritarios del SNS, médicos y personal de enfermería, que nos pueda orientar sobre la dotación de profesionales en comparativa con otros países de la Unión Europea. No obstante, y teniendo en cuenta el carácter de la investigación realizada, aportaremos las cifras de los trabajadores sociales existentes en el SNS.

---

<sup>130</sup> *Ibíd.*, pp.65-66.

<sup>131</sup> García, S.; Abadía, M.B.; Durán, A.; Hernández, C.; Bernal, E. (2011). España: Análisis del sistema sanitario. *Health Systems in Transition*, 12(4), pp. 141-142.

En España no existe un registro central de profesionales sanitarios aunque se está trabajando en ello, por lo tanto, los datos obtenidos se basan en los datos de colegiación (obligatoria) de los profesionales, datos de nóminas, y la combinación de fuentes de información que recopilan información regularmente como el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), y la Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado (ESCRI).

En relación a los profesionales médicos, en el SNS trabajaban 132.935 (incluidos 20.489 especialistas en formación) con una proporción de 2,9 médicos en ejercicio por cada 1.000 habitantes. Por niveles asistenciales, en los centros de salud y consultorios locales trabajaban 28.743 médicos de familia y 6.424 pediatras, lo que suponía contar con 0,8 médicos por 1.000 tarjetas sanitarias asignadas. En atención especializada, en los 452 hospitales de la red pública del Sistema Nacional de Salud, trabajaban un total de 77.279 médicos y 20.489 especialistas en formación, siendo 2,1 la disponibilidad de especialistas por 1.000 habitantes (1,7 y 0,4 respectivamente)<sup>132</sup>.

En relación a los profesionales de enfermería, en el SNS trabajaban 165.981: 3,6 por cada 1.000 habitantes, siendo el grupo más numeroso superando a los médicos en 1,2 puntos. Por niveles asistenciales, en atención primaria pública trabajaban 29.407: 0,6 por 1.000 habitantes, y en atención especializada 136.574 profesionales: 3,0 por 1.000 habitantes<sup>133</sup>.

Según estas cifras, el número de médicos en comparación con los países de Europa Central y del Mediterráneo o con el Reino Unido está muy por encima del promedio de la Unión Europea sólo por detrás de Italia, sin embargo, en

---

<sup>132</sup> OBSERVATORIO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, *op.cit.*, pp.59-60.

<sup>133</sup> *Ibíd.*, pp.61-62.



relación al personal de enfermería, sus cifras con similares a países como Francia o Alemania, convergiendo con el promedio de la Unión Europea.

Por último, en relación a los profesionales del Trabajo Social que ejercen en el ámbito sanitario público español, según los datos presentados en la ponencia de D. Gil en las I Jornadas de Trabajo social Sanitario (2013)<sup>134</sup>, el número de trabajadores sociales colegiados asciende a 3019, ejerciendo 1.148 en el nivel asistencial de Atención Primaria, 758 en hospitales, 639 en Salud Mental y 474 en otros ámbitos sanitarios. Asimismo, cabe destacar que el número de trabajadores sociales difiere de unas comunidades autónomas en relación a su ámbito de ejercicio profesional, siendo en la Comunidad de Madrid el área de la Atención Especializada (hospitales) la que mayor número congrega, en Andalucía el ámbito de Atención Primaria, y en Castilla-La Mancha los Servicios de Salud Mental, que también forman parte de la Atención Especializada.

#### **4.3.6 FINANCIACIÓN DEL SNS**

En España, el gasto sanitario se financia mayoritariamente con fondos públicos (impuestos regionales y nacionales), también a través de fondos privados, o en un papel más secundario se sufraga directamente por los ciudadanos con el pago directo de los medicamentos sin receta o con el copago de los productos farmacéuticos recetados. En comparación con el gasto sanitario de otros países europeos, España invierte un 8,3% del PIB, un promedio ligeramente inferior al de los Estados miembros de la UE15

---

<sup>134</sup> Castañera, L.; Gómez, M.A.; Mangas, P. (2014). De lo general a lo específico en Trabajo Social: Propuesta de especialización en Salud Mental. *Trabajo Social Hoy*, 72, pp.117-119.

(cercano al 10%), y similar a Reino Unido e Irlanda (datos relativos al año 2005)<sup>135</sup>.

Como ya se ha comentado en apartados anteriores, en España se realizó la transferencia de las competencias sanitarias a las comunidades españolas mediante un proceso de descentralización que finalizó en el año 2002. Por eso, son las comunidades las que desde entonces administran prácticamente la totalidad de los recursos públicos, siendo la aportación que realiza la administración central o los municipios mínima.

Sin duda, la competencia sanitaria es la más importante que tienen las comunidades autónomas, que junto a la partida destinada a la educación y al gasto social, son las que más dinero público centralizan. La financiación en materia de salud de las comunidades, se realiza a través de dos tipos de recursos:

- **Recursos fiscales** (impuestos): sobre el patrimonio, sucesiones y donaciones, transmisiones patrimoniales y actos jurídicos documentados, tributos sobre el juego, tabaco, alcohol y bebidas derivadas, electricidad, etc.
- **Fondos de compensación y garantía del Gobierno central:** a través del Fondo de Suficiencia Global, cuya finalidad es proporcionar a las regiones los recursos necesarios para poder cubrir completamente sus necesidades de financiación, y el Fondo de Garantía de los Servicios Públicos Fundamentales, que garantiza que las comunidades autónomas reciban los mismos recursos por habitante teniendo en

---

<sup>135</sup> GARCÍA, S.; ABADÍA, M.B.; DURÁN, A.; HERNÁNDEZ, C.; BERNAL, E., *op.cit.*,p.67

cuenta su población, extensión, dispersión, insularidad y población protegida equivalente.

El gasto sanitario público puede desglosarse en múltiples categorías y variables, pero siguiendo la diferenciación general realizada en apartados anteriores, en los que se han considerado los diferentes niveles asistenciales, se puede decir que la atención especializada (hospitalaria y ambulatoria), es la que mayor partida de gasto sanitario concentra, superando más de la mitad del presupuesto destinado para tal fin. A continuación le seguiría el gasto farmacéutico, seguido del gasto público en atención primaria, y en menor proporción presupuestaria estaría el gasto en capital, servicios colectivos de salud, traslados prótesis y elementos terapéuticos, y por último gastos en servicios de salud pública<sup>136</sup>.

Es importante señalar, que hay variaciones significativas relativas al gasto público entre las diferentes comunidades autónomas, como por ejemplo en relación a la prestación farmacéutica, que debe ser abordado para poder ofrecer una igual cobertura a todos los ciudadanos dentro del territorio español.

#### **4.3.7 SITUACIÓN ACTUAL**

El sistema sanitario español es conocido mundialmente por el acceso universal a los recursos y por una alta calidad asistencial, cuyos resultados se pueden ver traducidos en el aumento de la esperanza de vida y en la reducción de la mortalidad infantil. A pesar de ello, el Sistema de Salud tiene limitaciones y deficiencias agravadas por la crisis económica y por envejecimiento de la población, y sigue tratando de superar algunos de los

---

<sup>136</sup> Ibid., pp.73-75.

retos que generan sus propios objetivos, entre los que se encuentran los siguientes<sup>137</sup>:

- Promover la cohesión de los 17 sistemas sanitarios autonómicos independientes, garantizando la equidad entre los españoles en el acceso a los servicios y protección de la salud, independientemente de la comunidad autónoma en la que residan.
- Adoptar un modelo de atención centrado en el usuario, en una estructura mayoritariamente pública, dotada de recursos humanos fundamentalmente funcionarios y personal estatutario.
- Coordinar una atención sanitaria en una estructura gerencial normalmente doble: atención primaria y atención especializada.

No obstante, entre las medidas a corto y medio plazo destinadas a mejorar la cohesión y calidad del SNS, se encontrarían las siguientes<sup>138</sup>:

- El desarrollo de una norma sobre tiempos máximos de espera.
- La finalización de la implantación de la historia clínica electrónica común, y el uso extensivo de recursos de Salud-e para la interacción de los ciudadanos con los servicios sanitarios.
- Adopción de un calendario vacunal único para todo el SNS.

---

<sup>137</sup> Ibid., pp.245-247.

<sup>138</sup> Ibid., pp.247-249.

- II Plan Estratégico de Política Farmacéutica: modificación del actual sistema de precios, bajada del precio de medicamentos genéricos, y fijación de precios máximos para medicamentos de síntomas menores.
- Reformar el Fondo de Cohesión Sanitaria y analizar la necesidad de introducir un fondo finalista de mínimos para la atención sanitaria en el sistema general de financiación de las comunidades autónomas.
- Revisar y mejorar los actuales mecanismos de reembolso a los sistemas sanitarios.
- Incrementar el número de Estrategias en salud enmarcadas en el Plan de Calidad del SNS.
- En el ámbito de los recursos humanos, incrementar la participación de los profesionales en la gestión y asignación de recursos en los servicios regionales de salud, y el desarrollo de un sistema común de planificación humanos.
- Establecer un sistema nacional de información de resultados de salud del SNS.
- Promover estilos de vida saludables.
- Y por último, reforzar el papel de la evaluación de tecnologías sanitarias en relación con la inclusión de nuevas tecnologías en la cartera de servicios.

#### **4.4 SISTEMA SANITARIO EN LA COMUNIDAD DE MADRID ACTUALMENTE**

La Ley 12/2001 de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, define el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid como “el conjunto de recursos, normas, medios organizativos y acciones, orientados a satisfacer el derecho a la protección de la salud”.

La Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid forma parte del Sistema Nacional de Salud, y al igual que el resto de comunidades autónomas, organiza sus servicios sanitarios con el fin de dar la cobertura necesaria a toda su población. Teniendo en cuenta factores demográficos y socioeconómicos entre otros, las comunidades autónomas establecen un mapa sanitario con divisiones territoriales, que son las llamadas Áreas sanitarias. En la Comunidad de Madrid esto ha sido recientemente cambiado, tras la aprobación de la Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid que ha organizado el territorio en un Área de Salud Única, y ha establecido la posibilidad de elegir médico, enfermero y pediatra en atención primaria, y médico especialista y hospital en atención especializada, exceptuando las urgencias y la atención domiciliaria.

El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) es el Ente Público encargado de gestionar y coordinar las prestaciones de la red sanitaria. En la Comunidad de Madrid, tienen derecho a la asistencia “todos los españoles y ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio de la Comunidad de Madrid, y que tengan reconocido el derecho a la asistencia por el Instituto Nacional de la Seguridad Social o por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid”<sup>139</sup>.

---

<sup>139</sup> Comunidad de Madrid: Consultado el 22 de septiembre de 2013 en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_ConvocaPrestac\\_FA&cid=1142635377621&definicion=Prestac](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_ConvocaPrestac_FA&cid=1142635377621&definicion=Prestac)

No obstante, los extranjeros no residentes, son atendidos en casos de urgencia por enfermedad grave o accidente, durante el embarazo (parto y postparto), y menores de 18 años en iguales condiciones que los españoles.

Asimismo, las prestaciones sanitarias obedecen a lo establecido en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, aprobada por Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre mencionado anteriormente.

Actualmente, ante la perspectiva de crisis del sistema de bienestar, la Comunidad de Madrid ha emprendido medidas de austeridad y control del gasto sanitario, que podrían tener efectos sobre la calidad de los servicios sanitarios prestados y finalmente sobre la salud de los madrileños<sup>140</sup>. Es importante tener en cuenta que mejorando la salud de la población, se consigue una mayor igualdad social y un mayor desarrollo económico, y esto contribuye a una cohesión social al conseguirse una redistribución en las prestaciones sanitarias.

A continuación, llegaremos al último capítulo de esta primera parte de la investigación correspondiente al marco conceptual, a través del cual realizaremos un amplio recorrido por el origen de los hospitales, centros de prestación de asistencia sanitaria en los que se ha realizado este estudio, para conocer cómo surgieron, cuando aparecieron en España, en Madrid así como los diferentes tipos existentes, dotación, y dependencia patrimonial y funcional, dando paso con esto, a la investigación de campo realizada.

---

iones+ Sociales&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=2&tipoServicio=CM\_C  
onvocaPrestac\_FA

<sup>140</sup> García, JM; Lorenzo, L. (2013). La sanidad en la Comunidad de Madrid en perspectiva: Debilidades, fortalezas y controversias. En: Lucas, A.; Cortés, C., Cáceres, M.D., *Madrid en el Siglo XXI. Transformaciones y retos de su realidad social. La realidad social de Madrid Vol. II*. Madrid: Fragua, p.204

# Capítulo 5: Los Hospitales

*"El hospital es un gigantesco edificio cruzado de corredores, donde nunca es de noche, ni cambia la temperatura, el día se ha detenido en las lámparas y el verano en las estufas. Las rutinas se repiten con majadera precisión; es el reino del dolor, aquí se viene a sufrir, así lo comprendemos todos. Las miserias de la enfermedad nos igualan, no hay ricos ni pobres, al cruzar este umbral los privilegios se hacen humo y nos volvemos humildes."*

*Isabel Allende: "Paula" (1994)*

La ayuda y protección a los más necesitados se ha desarrollado a través de diferentes formas a lo largo de la historia. La Caridad, la Beneficencia o el Seguro Social, han logrado ofrecer una protección social a las personas socialmente más excluidas y vulnerables, así como diferentes instituciones entre ellas los hospitales, que proporcionaban asistencia sin discriminación alguna. Siguiendo el recorrido histórico por las diferentes etapas de la acción social recogidas en la tesis presentada por Pomar (2008), se pretende encuadrar la aparición de los hospitales, su labor, y su evolución a lo largo de los años.

La primera etapa conocida comúnmente como de Caridad comprendería hasta la Baja Edad Media. En ella, la ayuda giraba entorno a la caridad aunque los familiares y las relaciones de buena vecindad eran las formas que primeramente prestaban asistencia a los más necesitados. Existían también



formas externas de apoyo llamadas *familiaritas*<sup>141</sup>, que representaban a las estructuras familiares, y a las que las personas podían recurrir ante una situación precaria, mediante una fórmula de intercambio de bienes y ocasionalmente dependencia personal, a cambio de protección material y ayuda espiritual prestada a través de conventos, órdenes y monasterios. Durante esta época, también se ofrecían ayudas por amistad y vecindad, por solidaridad y ayuda recíproca, y se ayudaba a reparar las casas cuando estaban deterioradas, cuando una mujer se quedaba viuda y sin recursos, o se acogían niños que habían quedado huérfanos.

Es importante señalar la función social que desempeñaban los monasterios y los conventos de forma desinteresada, ya que además de funciones religiosas, prestaban socorros mutuos en cuestiones materiales, banquetes sociales y actuaciones caritativas. Asimismo, los gremios y cofradías de oficios, formadas por maestros, oficiales y aprendices de una misma profesión, ofrecían protección a sus afiliados ante circunstancias de necesidad a través de cuotas que pagaban todos los miembros.

Las acciones caritativas recaían sobre las personas socialmente excluidas que no formaban parte de una familia, feudo o gremio, y eran realizadas por los ciudadanos a través de limosnas, por los ayuntamientos mediante albergues y casas de misericordia, o por las organizaciones religiosas a través de sus hospitales eclesiásticos<sup>142</sup>.

---

<sup>141</sup> Barroso, C. Caridad, Beneficencia, Seguro Social, Asistencia Social y Estado de Bienestar. *Universidad de La Laguna*. p.1. Recuperado el 23 de febrero de 2013: <http://ctinobar.webs.ull.es/1docencia/DESIGUALDAD%20SOCIAL/HISTORIA.pdf>

<sup>142</sup> *Ibid.*, p.3

Las formas de ayuda y asistencia a enfermos, pobres, huérfanos, viudas, mendigos y marginados, con el tiempo se fueron convirtiendo en problemas sociales de responsabilidad pública, y dicha ayuda y asistencia se materializó en diferentes instituciones, entre ellas los hospitales.

La palabra *hospital*, procede del latín *hospes* (huésped, invitado o extranjero), y apareció por primera vez alrededor del siglo VIII, cuando los xenodoquios (casas de acogida de enfermos y pobres) pasaron a llamarse *hospitalarii*, *hospitalia* o *infirmarii*. Los hospitales eran instituciones benéficas que acogían y atendían a todo tipo de personas necesitadas sin discriminación, constituían uno de los establecimientos de caridad más destacados en relación a la protección de las personas necesitadas, y estaban administrados por órdenes religiosas, particulares o municipios. Hay que destacar órdenes religiosas como las Lazaristas, que atendían a los leprosos, Nolascos y Trinitarios que se encargaban de redimir cautivos capturados por musulmanes, y Begardos que se ocupaban del entierro de los muertos, franciscanos y dominicos, etc<sup>143</sup>.

Los hospitales y las órdenes religiosas, constituyeron una de las formas de ayuda pública a los más necesitados durante la llamada “Crisis de agotamiento del campo” que se produjo en Europa en el siglo XII. Los pobres emigraron del campo a la ciudad para mejorar sus condiciones de vida, y los hospitales y hospicios les proporcionaban comida y alojamiento, intentado aislarles de enfermedades contagiosas y de vagabundear por la ciudad, más bien por evitar problemas que por lo que realmente pudiera pasarles.

La segunda etapa llamada “Filantrópica”, correspondería al surgimiento de una filosofía humanista que trasladaba su centralidad al ser humano como tal, apareciendo una visión filantrópica de la existencia humana. Durante este

---

<sup>143</sup> Pomar, F.J (2008). *La intervención profesional de los trabajadores sociales. Tesis doctoral*. Universidad Pontificia de Salamanca, p. 20.

periodo, la pobreza pasaba de ser un castigo divino como en la primera etapa, a ser considerada una situación del hombre. La atención social a los más necesitados dejaba de ser algo exclusivo de la Iglesia, y los poderes civiles pasaban a encargarse de su resolución pero sin excluir la labor eclesiástica, que a día de hoy sigue presente. Comenzaba así la secularización de los hospitales.

El español Juan Luis Vives (1492- 1540), afirmaba ya en el año 1526: “Doy el nombre de hospitales a aquellas instituciones donde los enfermos son mantenidos y curados; donde se sustenta un cierto número de necesitados; donde se educan a los niños y niñas; donde se crían los hijos de nadie; donde se encierran los locos y donde los ciegos pasan la vida. Sepan los regidores de la Ciudad que todos estos cuidados son de su incumbencia”<sup>144</sup>.

Aunque en la Edad Moderna los hospitales seguían manteniendo la función principal de atención a los necesitados, ésta empezaba a prestarse sólo a los pobres que realmente lo merecían. La pobreza comenzaba a verse como una fuente de delincuencia y mano de obra desempleada, y empezaba a recomendarse a los Estados Modernos la unificación de todos los recursos existentes y la eliminación de la mendicidad.

Este mismo autor, en su obra *De Subventionem Pauperum* (*Del Socorro de los pobres*, 1525) exponía una reforma severa de los hospitales/asilos, y quería que las personas incurables e incapacitadas y sin recursos, permaneciesen en ellos evitando que mendigaran. No concebía estos asilos como cárceles, pero sí centros desde los que se sólo se salía para ir a determinados lugares como por ejemplo los talleres. También preveía la creación de nuevos hospitales sobre todo para enfermos pobres contagiosos, ya que bajo su

---

<sup>144</sup> Vives, J. L. ([1525] 1992). *Del Socorro de los pobres*. Barcelona: Hacer, p.154

perspectiva, los asilos existentes eran suficientes para cubrir las necesidades de los pobres verdaderos. Además, insistía en que la beneficencia no debía de tener mucho dinero, apoyando la prohibición de adquirir bienes y realizar inversiones por parte de la administración de los hospitales para evitar acumular riqueza, que según él, era la que hacía fallecer de hambre a los pobres existentes.

Durante esta etapa conocida como Filantrópica, es importante destacar la labor desarrollada por el sacerdote francés San Vicente de Paúl (1581-1660), quien junto a Luisa de Marillac fundaba la congregación de las Hijas de la Caridad en el año 1633, con el objetivo de cuidar a los pobres y a los enfermos en atención domiciliaria<sup>145</sup>.

En la tercera etapa conocida como de la Beneficencia, se producía el triunfo de la Revolución Industrial y el auge del concepto Estado-Nacional. La noción sobre la causa de la pobreza cambiaba, y pasaba a ser comprendida como consecuencia de reajustes necesarios o de la propia pereza de los pobres al no querer incorporarse al mercado laboral. La pobreza dejaba de ser individual para convertirse en algo estructural.

En esta época se producía la institucionalización de la beneficencia privada, el impulso de las llamadas Ciencias Sociales, y la ampliación de las funciones estatales, surgiendo la profesionalización asalariada de las personas que se dedicaban a estas actividades. Asimismo, comenzaban a perfilarse los elementos comunes en el ámbito de la atención social: motivaciones principalmente religiosas, inicio de la organización de la acción asistencial, y esbozo de la posible técnica operativa.

---

<sup>145</sup> POMAR, *op.cit.*, p.24

En Italia surgen figuras como Cottolengo, que se encargaba de la recogida de pobres y enfermos, en Elberfeld (Alemania), el clérigo Daniel Von der Heydt implantaba la figura de carácter voluntaria llamada “limosnero visitador”, entre cuyas funciones se encontraba derivar a los hospitales y a otras instituciones a las personas que lo precisaran.

La cuarta etapa que comenzaba a finales del siglo XIX y se desarrollaba hasta mediados del siglo XX es considerada la de la Asistencia Social, caracterizada por la aparición de las llamadas Políticas Sociales. El canciller Bismarck establecía la Seguridad Social para las clases obreras, y las leyes alemanas de 1883, 1884 y 1889 referentes a seguros sociales de enfermedad, accidentes, vejez e invalidez instauraban el modelo de Estado<sup>146</sup>. En este periodo se institucionalizaba la Asistencia Social, y aparecía de forma clara y diferenciada la figura del asistente social.

Como hemos visto a lo largo de este recorrido histórico, los hospitales han sido establecimientos de caridad, que han acogido y atendido a los más necesitados, modificando con el tiempo sus funciones hasta llegar a convertirse en lo que en el presente conocemos. Hoy por hoy, no cabe duda de la importancia de los hospitales en la sociedad actual, y las nuevas realidades sanitarias y sociales existentes, (envejecimiento de la población, avances en los tratamientos y cirugías que acortan las estancias hospitalarias, diferencias interculturales, etc), han contribuido a que los centros hospitalarios tengan una gran capacidad de adaptación y flexibilidad.

Igualmente, si en el pasado disponían de escasos recursos tanto materiales como humanos, en la actualidad son centros con recursos materiales de gran complejidad para el diagnóstico y tratamiento, y cuentan con personal numeroso y cualificado que trabaja en equipo. Los diferentes profesionales, sanitarios y no sanitarios, realizan un trabajo interdisciplinar en el que cada

---

<sup>146</sup> Ibid., p.33

uno tiene su lugar, trabajando de forma interactiva y conjunta en el bienestar del enfermo, prestándole apoyo durante todo su proceso asistencial. Para ello, es fundamental un correcto intercambio de conceptos, de técnicas y de cooperación entre los diferentes profesionales que entran en juego, aportando cada disciplina su visión, obteniéndose así conclusiones más allá de las particularidades de cada una de ellas.

Quizás, la innovación tecnológica constante sea uno de los mayores desafíos a los que se enfrentan los hospitales, tanto por lo costoso del equipamiento como por la formación de personal para su manejo, ya que a diferencia de otros ámbitos, la tecnología en el ámbito sanitario sobre todo en la fase de diagnóstico no reemplaza mano de obra, sino que requiere nuevos profesionales especializados. Su problema actual, es el gran coste que conlleva la atención sanitaria, y la búsqueda de alternativas para su financiación, manteniendo la misma calidad asistencial reduciendo costes.

El primer decenio del siglo XXI y la gran crisis económica mundial existente, sin duda producirá cambios históricos en cuanto a materia sanitaria se refiere, siendo todavía pronto para poder advertir las consecuencias a largo plazo desencadenadas.

## **5.1 LOS HOSPITALES EN ESPAÑA**

Los primeros centros de carácter hospitalario que aparecieron en España, fueron alberguerías en las que se atendía por caridad a los pobres, huérfanos, ciegos, necesitados e indigentes, algunos de ellos enfermos. Más tarde estas alberguerías, se convertirían en hospitales con escasa presencia de médicos y cirujanos hasta finales de la Edad Media, en la que empezaron a formar parte de ellos.

Hay que destacar que la Iglesia, fue la primera institución en darse cuenta del significado de la asistencia sanitaria a las personas, y durante el Concilio de Orleans se decidió que destinase una cuarta parte de sus ingresos a los hospitales.

Durante la baja Edad Media, los hospitales eran abundantes y de tamaño reducido, con una dotación de alrededor de 30 camas. Existían prácticamente en todas las ciudades, siendo frecuente que en las ciudades próximas a los caminos de peregrinación, las mujeres ofrecieran sus casas como lugares para cuidar a enfermos y se encargasen de sus cuidados. El primer hospital construido en España del que se tienen noticias data del año 589 (Martínez, L.M., 2009:225), y fue fundado en la ciudad de Mérida.

Las peregrinaciones jugaron un papel muy importante en la expansión y evolución de los hospitales, destacando la ruta jacobea a partir del siglo IX, que marcaba el camino hacia la tumba del apóstol Santiago en la ciudad de Santiago de Compostela. Dicha ruta llegó a congregarse a tantas personas, que los soberanos de Castilla y León y Navarra, se juntaron para construir caminos, hospederías y hospitales que pudieran cubrir las necesidades de los peregrinos.

A partir del siglo XV, la fundación de hospitales se debió a donaciones de reyes, nobles, obispos y municipios, y comenzaron a construirse siguiendo el modelo cruciforme, es decir, en forma de cruz griega con cuatro patios o claustros y un altar como núcleo central.

También desde este siglo, se empezaron a separar las instituciones destinadas a la atención de enfermos, de las que servían como albergues o asilos para desamparados e indigentes. En ciudades como Valencia o Barcelona, se estableció que la asistencia a los pobres incluída la atención médica fuera una cuestión de la comunidad.

A finales del siglo XV, los Reyes Católicos comenzaron una política hospitalaria de agrupación de centros sanitarios pequeños en uno sólo, y fundaron el Hospital Real de Santiago de Compostela. También se crearon los hospitales de Granada, Zaragoza, Valencia y La Latina, en Madrid.

Durante el siglo XVI la asistencia sanitaria en los hospitales no cubría las necesidades de la sociedad, y hubo que buscar nuevas alternativas. El rey Felipe II fue el precursor de la reforma de los hospitales, que consistía en reunificarlos con el objetivo de garantizar una asistencia sanitaria de carácter público de mayor calidad, sin oponerse a nuevas instituciones asistenciales especializadas en amparar a las personas más desfavorecidas de la escala social.

Aunque todos los nuevos hospitales ya no se regían ni dependían de la Iglesia y estaban al servicio público, seguían siendo vistos como instituciones multifuncionales. Esta idea no empezó a cambiar hasta mediados del siglo XVIII, cuando los hospitales realmente comenzaron a verse como centros para enfermos y no para pobres, marginados, huérfanos, o desvalidos.

Durante el siglo XIX, la asistencia en los hospitales era muy precaria tanto material como científicamente, sus grandes problemas eran el contagio de enfermedades y el hacinamiento, y mantenían unas tasas muy elevadas de mortalidad. Las medidas de los gobiernos de Carlos IV produjeron una mayor crisis en ellos, y la situación se agravó con la invasión de Napoleón.

En la Constitución de 1812 se propuso que los Ayuntamientos fueran los encargados de la gestión hospitalaria, siendo ratificado en el año 1822 a través de la Ley General de Beneficencia. Durante la segunda mitad del siglo XIX, los hospitales se dividieron en generales o especiales: los primeros incluían los hospitales civiles y militares, y los segundos, las casas de maternidad, hospitales de ancianos, casas de dementes, leproserías, etc.



A principios del siglo XX, la asistencia sanitaria estaba organizada en tres niveles distintos:

- Las personas pobres eran atendidas en hospitales de Beneficencia del Estado, Diputaciones o Ayuntamientos.
- Las dolencias de la clase media baja eran atendidas por médicos de asistencia domiciliaria o sociedades asistenciales modestas.
- Los enfermos ricos, que eran atendidos en su propio domicilio por médicos importantes o acudían a consultas privadas en las que trabajan estos. Cuando tenían que operarse (intervenciones quirúrgicas muy simples), acudían a un centro privado o se habilitaba una estancia en la vivienda de la persona enferma.

La perspectiva de vida al nacer al comienzo del siglo XX era similar a las del resto de los países europeos, y las tasas de mortalidad anuales de la población hasta finales del siglo XX fueron oscilantes pero siempre altas. La aparición de los antibióticos y su empleo, permitieron controlar las enfermedades infecciosas que producían numerosos fallecimientos, y en España se conseguía saltar el obstáculo referente a las enfermedades infecciosas.

Durante la segunda mitad del siglo XX, el 21 de julio de 1962 se aprobó la Ley 37/1962 sobre Hospitales, por la cual, la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria, sometía a probación del Gobierno el estado general de las necesidades hospitalarias de la nación, con el objetivo de contar con los hospitales precisos para atender las necesidades de la población.

Actualmente, y como ya comentamos en el capítulo anterior, en España existen según el Catalogo Nacional del Hospitales del 2014 publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 789 hospitales

### 5.1.1 LOS HOSPITALES EN MADRID

Son numerosos los hospitales fundados en Madrid a lo largo de los años, por ello, se ha considerado reflejar sólo aquellos que poseen características de mayor relevancia.

Un hecho importante en la evolución histórica de los hospitales de Madrid, fue la unificación de los pequeños centros sanitarios que realizó el rey Felipe II cuando asentó su corte en Madrid. Consistió en una reagrupación parecida a la realizada por los Reyes Católicos, pero la Iglesia se opuso ya que esto ocasionaba la desaparición de congregaciones y cofradías, y el Rey tuvo que recurrir a Don Enrique de Guzmán, Conde de Olivares, que era el Embajador que tenía en la Santa Sede para que el Papa lo autorizara; transcurridos 14 años se inició la reagrupación.

El hospital más antiguo fundado en Madrid del que existen referencias, parece ser el Hospital de Atocha en el siglo XI<sup>147</sup>. Fue construido junto al Santuario de la Virgen de Atocha y atendía a cristianos, árabes y judíos. El hospital fue cedido por Carlos I a los Dominicos, quienes lo trasladaron a la calle Arenal frente a la Iglesia de San Ginés, pasando a llamarse el Hospital de los Caballeros de San Ginés. Este hospital estuvo funcionando hasta la reagrupación de hospitales menores ordenada por Felipe II.

También de la época del Hospital de Atocha data el Hospital de San Lázaro, fundado al parecer por médicos musulmanes para leprosos. La importancia de este centro hospitalario se debe a que fue el primer hospital para leprosos, el primero dedicado a enfermedades de la piel, y el primero que trató la infección de transmisión sexual llamada sífilis. Este hospital desapareció con la reunificación de hospitales decretada por Felipe II.

---

<sup>147</sup> Gea, M. E. (2002). *Diccionario Enciclopédico de Madrid*. Madrid: La librería, p.351

El Hospital de San Ricardo, fue fundado por Alfonso VI para tratar a enfermos tuberculosos. La esposa de Felipe II regaló al Centro una imagen de la Virgen de la Paz, y desde entonces, el Hospital empezó a conocerse como Hospital de la Paz, hasta que desapareció sumándose al Hospital de San Lázaro.

El Hospital de Campo del Rey o de la Merced, fundando en 1418<sup>148</sup> por el obispo de Astorga atendía solo a mujeres, y fue derribado cuando se produjo la fusión de hospitales.

Durante esta época, también se construyó el Hospital de Santa Catalina de los Donados por Pedro Fernández de Lorca, secretario y tesorero del rey Juan II y de Enrique IV, en un palacio y viña de su propiedad<sup>149</sup>. Atendía a comerciantes que enfermaban, estaban impedidos o no tenían curación y no podían trabajar. Fue de los pocos hospitales pequeños a los que no afectó la reunificación de hospitales, ya que disponía de renta suficiente y atendía enfermos que no habían sido acogidos en otros centros. En el año 1917 se construía en su lugar el Oratorio del Santo Niño del Remedio<sup>150</sup>.

El Hospital de la Sagrada Pasión, que atendía únicamente a mujeres enfermas, fue fundado en el año 1465 por el regidor de Madrid Juan López de Almunia, Gonzalo Monzón, Luis Baraona y un alguacil<sup>151</sup>. Con la unificación de hospitales fue englobado en el Hospital General, atendiendo éste a mujeres y el General a hombres. Tras ser derribado a finales del siglo XVIII o principios del XIX, se construyó el Real Colegio de Cirugía de San Carlos, actual Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

---

<sup>148</sup> Ibid., p.352

<sup>149</sup> Fernández, L. (2006). *Los Hospitales en el Madrid medieval y de los Austrias*. Madrid: Ceu Ediciones, p. 22.

<sup>150</sup> Ibid., p. 22.

<sup>151</sup> GEA, *op. cit.*, p. 358

Al término de la Edad Media, se construía el Hospital de Santa Ana, primer hospital de convalecientes de toda la península. Recogía a personas pobres y enfermas hasta que podían volver a trabajar.

El Hospital San Juan de Dios o de Antón Martín, fue fundado por Antón Martín en el año 1522. El nombre oficial del Hospital era “Convento-Hospital de Nuestra Señora del Amor de Dios y del Venerable Padre Antón Martín”<sup>152</sup>. Se dedicaba a tratar enfermos de ambos sexos con enfermedades venéreas y de la piel, y debido al constante aumento de la demanda, paso de una previsión inicial de 20 camas a 120 en el siglo XVIII, llegando incluso a 200 en determinadas temporadas. A finales del siglo XIX el edificio estaba muy antiguo y saturado, y la Diputación de Madrid decidió construir un nuevo centro en las afueras de la ciudad, tardándose más de 4 años en su construcción.

El Hospital General de Nuestra Señora de la Encarnación y San Roque, surgió de la agrupación de diferentes centros hospitalarios; el Hospital del Campo del Rey, el Hospital de Convalecientes, el Hospital de la Pasión, el Hospital del Amor de Dios y el Hospital de San Ginés. Este hospital iba siendo traslado a diferentes zonas de Madrid, a medida que iba necesitando mayor espacio y se convertía en una fuente de infección para las zonas céntricas de la ciudad.

Los avances en el tratamiento de la venereología, contribuyeron a una disminución de enfermos en el Hospital San Juan de Dios y al traslado de sus enfermos a otros centros, que junto a la necesidad de agrandar y reubicar al Hospital General, produjo su cierre.

---

<sup>152</sup> Conde-Salazar, L.; Heras, F.; Maruri, A.; Aranda, D. (2008). Historia y recuperación del Museo Olavide. *La Mutua*, nº 20, pp. 177.

No obstante, el Instituto del Cáncer que había en el Hospital San Juan de Dios, dio lugar en 1961 al Centro de Oncología de la Diputación Provincial de Madrid, y el 23 de diciembre de 1966 se inauguró la Clínica Psiquiátrica, integrada en el conjunto arquitectónico llamado Ciudad Sanitaria Provincial Francisco Franco, actual Hospital Universitario Gregorio Marañón<sup>153</sup>.

A finales del siglo XIX y principios del XX, los hospitales y centros sanitarios en general eran bastante deficientes. Se trataba de edificios antiguos, con condiciones higiénicas muy precarias, y situados dentro del núcleo urbano rodeados de viviendas y edificios. Existían hospitales más modernos en la entonces periferia de la ciudad, edificados en lugares elevados que era lo que exigía la práctica sanitaria, pero en Madrid eran bastante escasos.

Desde comienzos del siglo XX, Madrid ha ido realizando una mejora continua de sus servicios sanitarios, fundando números hospitales públicos como el Hospital de La Paz, Virgen de la Torre, 12 de Octubre, Ramón y Cajal, Carlos III, San Carlos, etc., y hospitales privados como el Hospital Moncloa, San Camilo, La Zarzuela, Montepíncipe, etc. Asimismo, a principios del siglo XXI, se han seguido creando nuevos hospitales en municipios limítrofes que han ayudado a descongestionar los hospitales de referencia existentes.

### **5.1.2 TIPOS DE HOSPITALES EXISTENTES EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

Según lo establecido en el Decreto 51/2006, de 15 de junio del Consejo de Gobierno, regulador del Régimen Jurídico y Procedimiento de Autorización y Registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad

---

<sup>153</sup> Ibid., 178.

de Madrid, y el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, los hospitales serían aquellos “centros sanitarios destinados a la asistencia especializada y continuada de pacientes en régimen de internamiento (como mínimo una noche), cuya finalidad principal es el diagnóstico o tratamiento de los enfermos ingresados en éstos, sin perjuicio de que también presten atención de forma ambulatoria”<sup>154</sup>.

Existen diferentes tipos de Hospitales:

- **Hospitales Generales:** destinados a atender a pacientes de diversas patologías, cuentan con áreas de Medicina, Cirugía, Obstetricia y Ginecología, y Pediatría. También son aquellos que faltando o teniendo poco desarrollada alguna de estas áreas, no concentra la mayor parte de su actividad asistencial en una concreta.
- **Hospitales especializados:** aquellos que cuentan con unos servicios de diagnóstico y tratamiento especializados, y se dedican fundamentalmente a atender determinadas patologías o pacientes de determinado grupo de edad o características comunes.
- **Hospitales de media y larga estancia:** son aquellos destinados a pacientes que requieren cuidados sanitarios en general de baja complejidad, que no pueden proporcionarse en el domicilio.
- **Hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías:** son aquellos dirigidos a pacientes que sufren enfermedades mentales o trastornos

---

<sup>154</sup> España. Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, 23 de octubre de 2003, núm. 254. PP. 37897

derivados de las toxicomanías, y necesitan un diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad.

- **Otros centros con internamiento:** aquellos hospitales que no se ajustan a las características de ninguno de los grupos anteriores o reúnen las de más de uno.

De acuerdo con los últimos datos publicados por el Catálogo Nacional de Hospitales 2014 (actualizado a 31 de diciembre de 2013) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en la Comunidad de Madrid existen 81 hospitales que suman un total de 21.830 camas en la región, siendo la segunda comunidad por detrás de Cataluña con más camas de toda España.

#### 5.1.2.1 HOSPITALES POR DEPENDENCIA FUNCIONAL

En la Comunidad de Madrid existen como se ha mencionado 81 hospitales. Según la definición establecida en el Catálogo de Hospitales de la Comunidad de Madrid, por dependencia funcional se entiende la persona física o jurídica que gestiona el hospital de forma inmediata.

En los hospitales públicos son el Insalud (hasta 2001 inclusive), Comunidad Autónoma (Instituto Madrileño de Salud y/o SERMAS, desde 2002), Administración Central, Administración Local, Otros Públicos, y en hospitales no públicos: Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, Privados Benéficos, Privados, Otros No Públicos.

Según el Catálogo Nacional de Hospitales 2014, en la Comunidad de Madrid existen 33 dependientes del Servicio Nacional de Salud, 3 de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, 11 de Entidades Privadas Benéficas (Iglesia), 1 de Otras Entidades Privadas Benéficas, 32 de Privadas No Benéficas y 1 del Ministerio de Defensa.

### **5.1.2.2 HOSPITALES POR DEPENDENCIA PATRIMONIAL**

Según la definición establecida en el Catálogo de Hospitales de la Comunidad de Madrid, se entiende por dependencia patrimonial la persona física o jurídica, propietaria al menos del inmueble ocupado por el hospital. Para los hospitales públicos son: la Seguridad Social, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Ministerio de Justicia, Comunidad Autónoma, Municipios y Otras Entidades Públicas.

Sin embargo, en relación a los hospitales privados se consideran dos categorías: privado-benéficos (Cruz Roja, Iglesia, Otros Privado-Benéficos) y privados no benéficos. Las Mutuas de Accidentes de Tráfico y Enfermedades Profesionales (Mutuas A.T.E.P.) aparecen diferenciadas como un grupo propio.

Según el Catálogo Nacional de Hospitales 2014, en la Comunidad de Madrid existen 12 dependientes de la Seguridad Social, 2 del Ministerio de Defensa, 20 de la Comunidad Autónoma, 3 de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, 1 de Entidades Privadas Benéficas (Cruz Roja), 11 de Entidades Privadas Benéficas (Iglesia), 2 de Otras Entidades Privadas Benéficas, y 30 de Privadas No Benéficas.





## **SEGUNDA PARTE:**

# **Investigación de campo**



*“El saber no es suficiente, debemos aplicarlo. El querer no es suficiente, debemos hacer.*

*(Bruce Lee 1940-1973)*



# Capítulo 6. Objetivos, Hipótesis y Metodología

## 6.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo principal y los objetivos específicos definidos en esta investigación, que han orientado el diseño del trabajo de campo realizado, han sido los siguientes:

### **Objetivo principal:**

Identificar y analizar las necesidades sociales originadas a consecuencia de la enfermedad, en pacientes adultos hospitalizados atendidos por la Unidad de Trabajo Social en un hospital de agudos.

### **Objetivos específicos:**

1. Describir el perfil sociodemográfico de las personas hospitalizadas mayores de 18 años atendidas por la Unidad de Trabajo Social, en el centro hospitalario objeto de estudio.
2. Conocer las patologías/motivos de ingreso más frecuentes de los pacientes atendidos por el trabajador social, Servicio médico a cargo, y necesidades sociales surgidas.
3. Tratar de establecer una asociación entre patología/motivo de ingreso y grado de dependencia generado.

4. Analizar las repercusiones que a nivel personal, familiar y sobre la optimización de recursos sanitarios, ha tenido la enfermedad a partir de las necesidades sociales originadas.
5. Valorar si existe la necesidad de gestionar algún tipo de recurso sanitario y/o social de cara al alta hospitalaria de los pacientes atendidos, tipo de apoyo propuesto por el profesional, preferido por el paciente y/o familiares, y el finalmente obtenido.
6. Aportar información suficiente para que la Unidad de Trabajo Social, pueda generar estrategias de planificación de recursos que sean adecuados a las necesidades sociales surgidas a consecuencia de la enfermedad.

## **6.2 HIPÓTESIS**

Asimismo, el presente estudio ha tenido como hipótesis de trabajo las siguientes:

- 1) Las necesidades sociales que surgen como consecuencia de una hospitalización, influyen directa y negativamente sobre la percepción tanto a nivel personal como familiar acerca del proceso de enfermar.
- 2) La patología/motivo de ingreso del paciente puede orientar a priori al trabajador social, sobre las necesidades sociales que puede desarrollar durante su hospitalización y de cara al alta hospitalaria.
- 3) El género (masculino o femenino) del paciente, influye en el tipo de necesidades sociales desarrolladas.

- 4) La enfermedad produce secuelas y consecuencias en el paciente, que aumentan su grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria.
- 5) Un mayor conocimiento del perfil sociodemográfico y sanitario del paciente atendido por la Unidad de Trabajo Social, puede contribuir a la formulación de propuestas de mejora de la intervención del trabajador social a partir de los resultados obtenidos.

## **6.3 METODOLOGÍA**

### **6.3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO**

Se trata de un estudio observacional descriptivo y explicativo.

### **6.3.2 LUGAR DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO**

El estudio ha sido realizado en la Unidad de Trabajo Social del Hospital Universitario del Sureste de la Comunidad de Madrid.

#### **6.3.2.1 HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL SURESTE**

El Hospital Universitario del Sureste (Arganda del Rey) es un centro sanitario público de la Comunidad de Madrid inaugurado en febrero del año 2008.

#### Marco geográfico<sup>155</sup>

El Hospital tiene una superficie de más de 45.000 metros cuadrados y dispone de 132 camas (todas las habitaciones son individuales) y cinco quirófanos, siendo hospital de referencia para más de 168.00 habitantes. Es un edificio

---

<sup>155</sup> Memoria 2013 *Hospital Universitario del Sureste*. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid, p.4-5



flexible y modular, pensado para poder variar su estructura en función de las necesidades futuras. Está distribuido en patios interiores que proporcionan al interior luz natural, no obstante, el área técnica está a su vez separada del resto y ocupa un edificio diferenciado. En total cuenta con nueve plantas, las dos inferiores destinadas a plazas de aparcamiento.



Figura 6.1. Fotografía panorámica del Hospital Universitario del Sureste.

Fuente: Extraído de <http://www.panoramio.com>

Los ciudadanos de sus poblaciones de referencia: Arganda del Rey, Rivas Vaciamadrid, Villarejo de Salván, Morata de Tajuña, Nuevo Baztán, Villar del Olmo, Campo Real, Perales de Tajuña, Tielmes, Valdilecha, Fuentidueña del Tajo, Valdaracete, Carabaña, Belmonte de Tajo, Brea de Tajo, Estremera, Orusco de Tajuña, Villamanrique de Tajo, Ambite, Pozuelo del Rey y Olmeda de las Fuentes que libremente lo elijan, disponen de unas modernas, funcionales y confortables instalaciones, informatizadas y dotadas de medios diagnósticos y terapéuticos.

Funcionalmente, y en virtud de la encomienda de gestión, dependen de él los centros de Salud Mental 'Arganda' y 'Santa Mónica', situados en las localidades de Arganda del Rey y Rivas Vaciamadrid.



Figura 6.2. Consulta Externa

Fuente: Extraído de la Memoria 2009 del Hospital Universitario del Sureste.



Figura 6.3. Habitación

Fuente: Extraído de la Memoria 2009 del Hospital Universitario del Sureste.



Figura 6.4. Consulta Externa pediátrica.

Fuente: Extraído de la Memoria 2009 del Hospital Universitario del Sureste.



Figura 6.5. Sala de espera pediátrica del Servicio de Urgencias.

Fuente: Extraído de la Memoria 2009 del Hospital Universitario del Sureste.

Accesos y ubicación:<sup>156</sup>

El Hospital se encuentra situado en la Ronda del Sur, 10 (Arganda del Rey). Para acceder a él en vehículo, se deberá coger la salida 25 de la A-3, en metro la línea 9, y en autobús, las diferentes líneas que prestan servicio a los municipios adscritos al Sureste.



Figura 6.6. Mapa de acceso al Hospital Universitario del Sureste

Fuente: Extraído de la Memoria 2013 del Hospital Universitario del Sureste.

---

<sup>156</sup> Íbid., p. 5

Mapa del área sanitaria

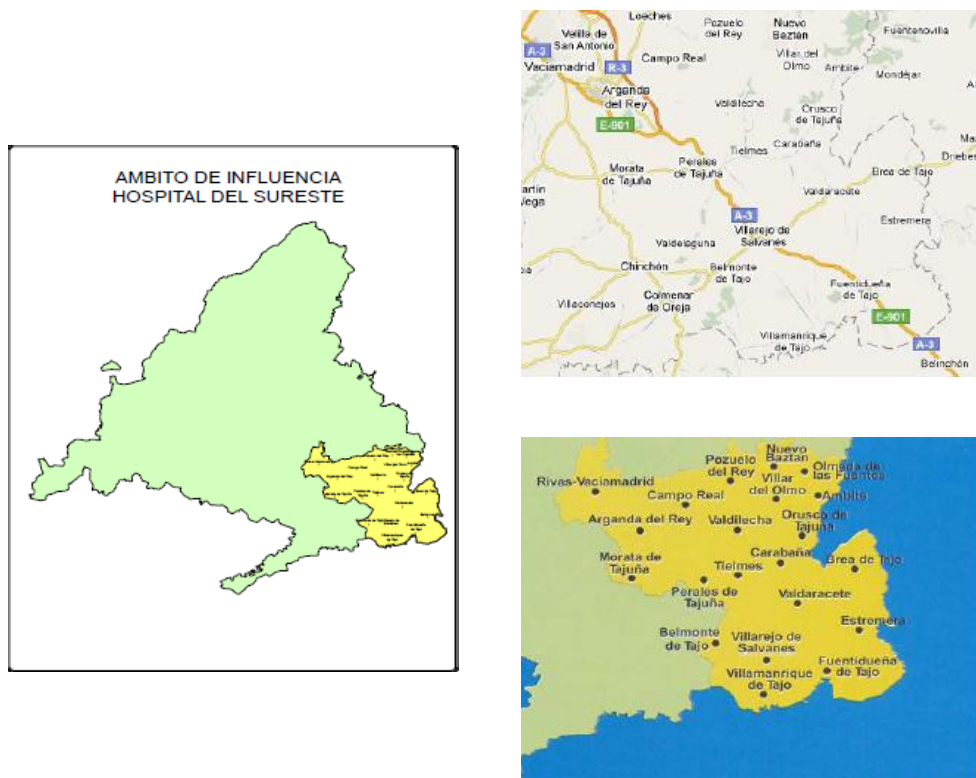


Figura 6.7. Mapa del área sanitaria del Hospital Universitario del Sureste.

Fuente: Extraído de la Memoria 2013 del Hospital Universitario del Sureste.

Estructura de la población que deriva al Hospital por sexo y grupos de edad:

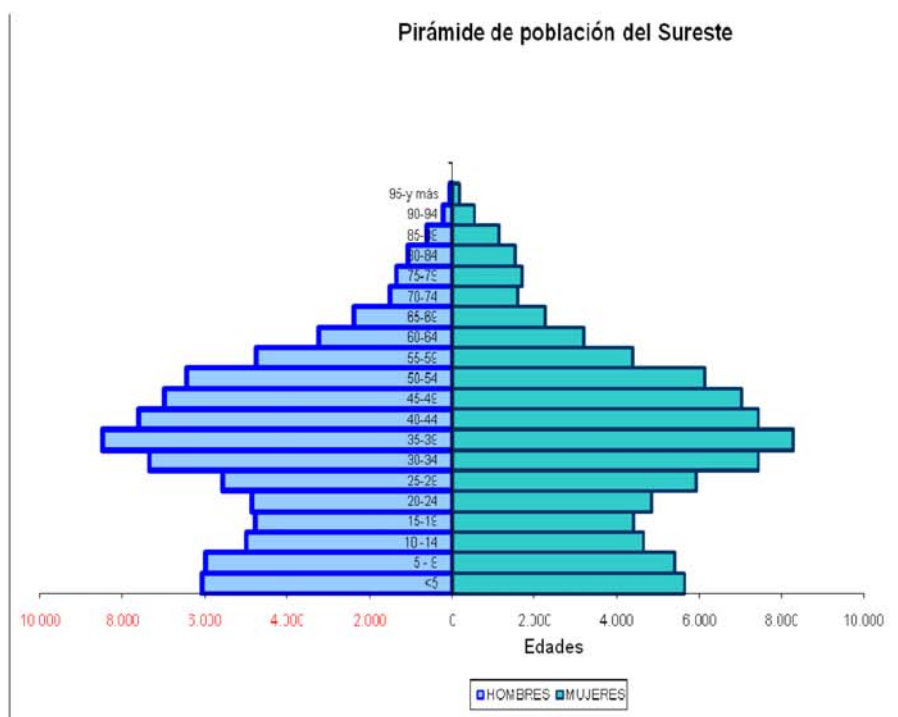


Figura 6.8. Estructura de la población por sexo y grupos de edad

Fuente: Extraído de la Memoria 2013 del Hospital Universitario del Sureste.

### 6.3.2.2 UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL

La Unidad de Trabajo Social se encuentra ubicada en la planta 0, en el área de Admisión. Depende jerárquicamente de la Jefe de la Unidad de Admisión, quién depende a su vez de la Dirección Gerencia.

Esta Unidad fue inaugurada en mayo de 2008, contando en un primer momento con una trabajadora social a tiempo completo. En mayo de 2012, la Unidad fue ampliada con otra trabajadora social más, pasando a contar con dos profesionales a tiempo completo. Cada trabajadora social está asignada a unos Servicios médicos concretos.

#### Infraestructura y horario de atención

La Unidad cuenta con dos despachos independientes. El horario de atención es de 8:00 a 15:00 horas, aunque la atención directa a pacientes y/o familiares se realiza de 12:00 a 14:00 horas en el despacho 1, y de 10:00 a 12:00 horas en el despacho 2.

#### Funcionamiento interno y organización

Se puede contactar con la Unidad de forma presencial, telefónicamente, a través de correo electrónico o de fax. También a través de los Servicios médicos o personal de enfermería y auxiliar, de los diferentes ámbitos de intervención (Urgencias, Hospitalización y Consultas Externas).

La atención directa tanto a los pacientes como a los familiares se puede realizar en los tres ámbitos anteriormente descritos, y se trabaja a demanda programada (cita previa) o a demanda no programada.

Desde la Unidad, actualmente se está trabajando en la elaboración de diferentes procedimientos, con el objetivo de comenzar a trabajar por programas, es decir, gestionando lo social sistemática y paralelamente a la atención médico sanitaria.



### 6.3.3 SELECCIÓN Y TAMAÑO MUESTRAL

El tipo de muestra utilizada ha sido de tipo no probabilístico y de carácter intencional.

➤ Criterios de inclusión:

1. Pacientes adultos hospitalizados, cuya atención por parte del trabajador social se ha realizado a demanda del propio paciente y/o familiares, profesionales sanitarios del Centro, o a criterio del trabajador social, debido a las características presentadas por el paciente/familiares.

Es importante señalar que en el Centro donde se ha desarrollado la investigación no existe un protocolo, procedimiento ni norma establecida, acerca de los casos que deben ser valorados y/o atendidos por el trabajador social en planta, aunque se está trabajando desde la Unidad de Trabajo Social en ello.

2. Pacientes adultos que han sido evaluados como positivos por el trabajador social tras la realización de la *Valoración del riesgo social al alta en el Servicio de Urgencias* (establecida por protocolo), pendientes de ingreso en planta.

➤ Criterios de exclusión:

1. Pacientes en fase terminal de la enfermedad, cuya intervención por parte del trabajador social haya sido exclusivamente para gestionar algún trámite de la derivación a una Unidad de Cuidados Paliativos.
2. Pacientes desconectados del medio, desorientados, o con un nivel de deterioro cognitivo que no les haya permitido mantener una conversación con cierta coherencia, y no hayan contado con familiares/personas de apoyo a las que realizar la entrevista.



3. Pacientes que hayan reingresado, y de los cuales ya se hayan obtenido sus datos de un ingreso hospitalario anterior. De este modo, se ha evitado una sobrerrepresentación en la muestra, y la posterior eliminación de su duplicidad.
4. Pacientes y/o familiares que no hayan dado su consentimiento verbal para la utilización de sus datos en la investigación.

### Tamaño muestral

Para establecer el tamaño muestral de esta investigación, lo primero que se ha realizado ha sido un análisis del registro de usuarios atendidos por la Unidad de Trabajo Social durante el año 2013. La elección de este año ha obedecido a dos razones: 1) proporcionar datos más recientes, y 2) ser el único año cuyas características organizativas y funcionales de la Unidad han sido similares a las del periodo de estudio, es decir, dos trabajadoras sociales y un número de casos atendidos similares.

Durante el año 2013 en la Unidad de Trabajo Social se atendieron 2.770 casos, pero para poder determinar una muestra representativa real, se descartaron aquellos que no cumplían los criterios de inclusión establecidos para la selección muestral, por lo que para este estudio se estimó una población de referencia de 963 casos.

Teniendo en cuenta la fórmula general (ver anexo V) para determinar el tamaño de la muestra en poblaciones finitas (menor de 100.000 habitantes), y considerados los objetivos de la investigación, se ha estimado aceptable un error de muestreo máximo de  $\pm 5\%$ , un nivel de confianza del 95 % ( $\alpha = .05$ ) que corresponde a  $z = 1.96$  sigmas o errores típicos, y una  $pq =$  varianza de la población (que como la desconocemos y para mayor seguridad hemos puesto la mayor posible) de  $(.50) (.50)$ , por lo cual, para este estudio se ha precisado una muestra de 275 casos.

#### 6.3.4 TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS E INFORMACIÓN

Antes de pasar a detallar las técnicas seleccionadas para la recogida de los datos de esta investigación, nos gustaría señalar que ha sido uno de los puntos más importantes para la doctoranda, ya que aparte de escoger aquellas técnicas que mejor se adaptaban a la metodología elegida, al logro de los objetivos planteados, y a la población objeto de estudio, era necesario utilizar técnicas y recabar la información teniendo en cuenta el contexto en el que se encontraban las personas y los familiares a investigar, y la posibilidad de facilitar datos por parte de ellas, ya que como vimos en el primer capítulo la hospitalización encierra multitud de factores individuales y familiares de ámbito físico, psíquico y social, que podían suponer una complejidad añadida para entrevistar u observar a los individuos.

Asimismo, debido al número de casos que se iban a estudiar, no podíamos dejar pasar la oportunidad de recabar información no sólo del tema objeto de estudio, las necesidades sociales, sino de poder obtener otro tipo de información que pudiera ampliar y complementar los datos obtenidos.

La metodología elegida para este tipo de estudio ha congregado técnicas de carácter cuantitativo y cualitativo, permitiendo aprovechar los puntos fuertes de cada una ellas. Con la combinación de esta estructura metodológica, se ha conseguido la llamada triangulación de los datos, y por lo tanto su validación.

Las técnicas de recogida de datos e información han sido las siguientes:

- Análisis documental. Se ha realizado por parte de la doctoranda previo a la investigación, un análisis de las bases de registro de la Unidad de Trabajo social y de las historias clínicas electrónicas de los pacientes existentes en dichas bases, con el fin de estimar el tamaño muestral y servir de referente en

la elaboración de algunas de las preguntas incluidas en el cuestionario realizado para las entrevistas estructuradas.

- Observación participante. Con esta técnica se ha intentado conocer el contexto familiar del paciente en diferentes estancias del ámbito hospitalario (habitaciones de los pacientes, despachos de las trabajadoras sociales, área de Urgencias, pasillos, y diferentes instalaciones del hospital). Se ha pretendido que la investigadora compartiera todo lo que las circunstancias permitieran: acciones de los diferentes miembros de la unidad familiar, afectos, conductas, intereses, roles y actividades que desarrollan en la vida diaria.

Los datos extraídos de esta observación, han servido de referente para la elaboración de los ítems de las distintas variables y de las preguntas abiertas y cerradas del cuestionario realizado durante la entrevista estructurada al paciente y/o familiares.

- Entrevista estructurada. Ha sido realizada al paciente y/o familiares de forma individual por la doctoranda a través de un encuentro cara a cara, con el objetivo de aclarar las preguntas previamente determinadas en el caso de no entenderse o considerarse ambiguas, e intentando alcanzar con esta técnica un mayor porcentaje de respuesta. Se ha utilizando un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas que ha constado de los siguientes bloques: Datos sociodemográficos del paciente, Datos sanitarios del paciente, Necesidades sociales originadas a consecuencia de la enfermedad, Repercusiones a nivel personal y familiar de la enfermedad, Planificación del alta hospitalaria y Unidad de Trabajo Social. Con este tipo de entrevista, se ha pretendido asegurar una serie de preguntas uniformes para todos los entrevistados.

- Entrevista en profundidad. Ha sido realizada a los profesionales del Centro por la doctoranda, de forma individual mediante un encuentro cara a cara, con el objetivo fundamental de obtener una mayor participación del entrevistado y de ofrecer la posibilidad de un mayor detenimiento ante cada pregunta. El guión utilizado en estas entrevistas (ver anexo VIII), ha sido diseñado específicamente por la investigadora para este fin, y se ha basado en tres preguntas sencillas y simples que han complementado el tema central de la investigación: funciones del trabajador social en el ámbito hospitalario, conocer si los profesionales creen que cumplen esas funciones, y averiguar en qué complementa el trabajador social su labor.
- Cuestionario. Este instrumento ha permitido la recogida de información proveniente de la entrevista estructurada realizada al paciente y/o familiares, y de la histórica clínica del paciente. Ha sido diseñado por la investigadora para este fin (ver anexo VI), teniendo como base algunas de las preguntas de la Escala de valoración sociofamiliar Gijón y Escala de sobrecarga del cuidador principal Zarit, el análisis documental, la observación participante, y la experiencia diaria de la doctoranda.

Se ha tratado de un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas, que ha incluido las siguientes variables para su estudio:

**1. Persona a la que se le ha realizado la entrevista.**

**2. Datos Sociodemográficos del paciente:**

- 2.1 Sexo
- 2.2 Edad
- 2.3 Estado civil
- 2.4 Ocupación laboral
- 2.5 Nivel educativo

2.6 Unidad convivencial

2.7 Situación económica

2.8 Municipio de residencia/empadronamiento (hospital de referencia)

2.9 Si se ha acudido alguna vez a Servicios Sociales de zona.

2.10 Si se conoce algún tipo de recurso/ayuda social.

### **3. Datos sanitarios del paciente:**

3.1 Ámbito donde se encontraba el paciente

3.2 Patología/ Motivo de ingreso

3.3 Servicio médico a cargo del paciente

3.4 Tiempo transcurrido desde que el paciente ingresa o está pendiente de ingreso hasta la primera valoración social/atención por trabajadora social.

### **4. Necesidades sociales originadas a consecuencia de la enfermedad:**

4.1 Área personal del paciente

4.2 Área familiar del paciente

4.3 Área económica y laboral del paciente

4.4 Área vivienda/domicilio del paciente

4.5 Área relacional/red social

### **5. Repercusiones a nivel personal y familiar de la enfermedad:**

5.1 Nivel personal

5.2 Nivel familiar

**6. Planificación del alta hospitalaria:**

- 6.1 ¿Existe necesidad de gestionar recurso/apoyo de cara al alta hospitalaria?
- 6.2 Recurso más adecuado para la ubicación del paciente al alta propuesto por el profesional.
- 6.3 Recurso preferido por el paciente y/o familiares para la ubicación del paciente al alta.
- 6.4 Ubicación final del paciente al alta.
- 6.5 ¿Se ha producido retraso del alta hospitalaria por problema social?
- 6.6 ¿Cree usted como paciente que la duración de la estancia hospitalaria ha sido adecuada?
- 6.7 ¿Cree usted como familiar que la duración de la estancia hospitalaria ha sido la adecuada?

**7. Unidad de Trabajo Social:**

- 7.1 ¿Ha acudido usted/ustedes al Trabajador Social del Hospital por iniciativa propia?
- 7.2 ¿Se ha sentido atendido?
- 7.3 ¿Qué pediría usted a los trabajadores sociales del hospital como paciente y/o familiar?
- 7.4 Nivel de satisfacción con la atención prestada por el trabajador social.
- 7.5 ¿Han acudido a otro trabajador social exterior del Centro para buscar ayuda/orientación?

### 6.3.5 METODOLOGÍA DE RECOGIDA DE DATOS

El procedimiento para la recogida de datos ha sido el siguiente:

#### **Pacientes y/o familiares**

1º) Identificación diaria de los pacientes atendidos por la Unidad de Trabajo Social con criterios de inclusión para el estudio.

Para detectar los pacientes ingresados en planta, se han revisado en diferentes ocasiones a lo largo de la mañana de la actividad laboral (de lunes a viernes de 8:00 a 15:00 horas), las bases de datos de la Unidad de Trabajo Social, para conocer los pacientes hospitalizados que han demandado la presencia del trabajador social a petición propia, de los familiares, de los profesionales del Centro o han sido atendidos a valoración propia del trabajador social por sus características.

Para detectar los pacientes con valoración del riesgo social al alta positiva en el Servicio de Urgencias pendientes de ingreso en planta, se ha seguido primeramente el Procedimiento de Planificación del Alta Hospitalaria desde el Servicio de Urgencias existente en el Centro, y posteriormente se ha revisado la historia clínica o se ha preguntado personalmente al médico a cargo del paciente si estaba pendiente de ingreso.

Este Procedimiento tiene como objetivo obtener información sociosanitaria del paciente desde el primer momento de su ingreso en el Servicio de Urgencias, para lograr establecer un primer diagnóstico social y un plan de actuación si fuese necesario. La trabajadora social encargada de llevar el Servicio de Urgencias (que es la doctoranda) es quien se encarga del mismo y consiste en lo siguiente:

I) Visualizar en el Sistema Informático (Selene) el mapa de camas de Urgencias (Observación y Boxes) diariamente a primera hora (8:00-10:00 horas).

II) Registrar en un cuaderno de campo los siguientes datos del paciente: nombre, edad, NHC, lugar de residencia, fecha de ingreso y motivo de ingreso.

III) El Informador de Urgencias se pone en contacto con la trabajadora social cuando es conocedor de información relativa a la red social de apoyo de los pacientes ingresados en los Boxes y en la Sala de Observación: familiares, amigos, conocidos y si han tenido acompañamiento en las primeras horas del ingreso y durante los horarios de visita.

IV) El personal de enfermería se pone en contacto con la trabajadora social cuando es conocedor de la siguiente información relativa a los pacientes ingresados en los Boxes y en la Sala de Observación: úlceras por presión, demencia, dependencia para las A.B.V.D, si es paciente oncológico, sospecha de ictus, traumatismo o cualquier otro dato relevante.

V) Por cada paciente valorado se abre un Proceso de Trabajo Social en su historia clínica, y se rellena el Informe “Valoración del riesgo social al ingreso hospitalario” (ver anexo VII) que no es un documento elaborado por la investigadora, sino que está incluido en el módulo específico de Trabajo Social existente en el Sistema informático, dejándose colgado en el apartado Lista de informes.

El resultado de la valoración se deja reflejado en el Proceso de Trabajo Social mediante la creación de una nota específica denominada Trabajo Social, así como las necesidades detectadas y la planificación e intervención social que será necesaria.



Cuando la valoración del riesgo social ha resultado positiva, es decir, cuando han sido marcadas dos o más de los problemas incluidos en el Informe “Valoración del riesgo social al ingreso hospitalario”, sugerirá situación de riesgo, y por lo tanto, seguimiento y coordinación con los diferentes niveles asistenciales.

## **2º) Revisión de la Historia Clínica del paciente.**

Con esta revisión se han obtenido los datos para las siguientes variables del cuestionario:

### ☒ 2. Datos sociodemográficos del paciente

2.1 Sexo

2.2 Edad

2.8 Por su municipio de residencia/empadronamiento es o no el hospital de referencia del paciente.

### ☒ 3. Datos Sanitarios del paciente

3.1 Ámbito donde se encuentra el paciente

3.2 Patología/motivo de ingreso

3.3 Servicio médico a cargo del paciente

3.4 Tiempo transcurrido desde que el paciente ingresa o está pendiente de ingreso hasta la primera valoración social/atención por la trabajadora social.

**3º) Se ha realizado un primer contacto con el paciente y/o familiares, realizándose una entrevista estructurada, que ha coincidido en su mayoría con el momento de la realización de la entrevista social para la valoración**

social sanitaria. En ese momento y antes de empezar con las preguntas, se les ha explicado la existencia de un estudio/investigación por parte de la doctoranda, preguntando verbalmente si daban su consentimiento y autorizaban la utilización de los datos recogidos, explicándoles su confidencialidad y anonimato. Se ha tenido en cuenta el nivel de conciencia y comprensión del paciente y/o familiares, con el objetivo de garantizar la confiabilidad de la información obtenida.

Durante la entrevista se ha registrado la persona/s a las que se le ha realizado, y se han recogido los datos de las siguientes variables del cuestionario:

☒ 2.Datos sociodemográficos del paciente:

2.3 Estado civil

2.4 Ocupación laboral

2.5 Nivel educativo

2.6 Unidad convivencial

2.7 Situación económica

2.9 Si han acudido alguna a Servicios Sociales de zona

2.10 Si conoce algún tipo de recurso/ayuda social.

☒ 4.Necesidades sociales originadas a consecuencia de la enfermedad:

4.1 Área personal del paciente

4.2 Área familiar del paciente

4.3 Área económica y laboral del paciente

4.4 Área vivienda/domicilio del paciente

4.5 Área relacional/red social

☒ 5.Repercusiones a nivel personal y familiar de la enfermedad:

5.1 Nivel personal

5.2 Nivel familiar

☒ 7.Unidad de Trabajo Social:

7.1 ¿Ha acudido usted/ustedes al Trabajador Social del Hospital por iniciativa propia?

7.2 ¿Se ha sentido atendido?

7.3 ¿Qué pediría usted a los trabajadores sociales del hospital como paciente y/o familiar?

7.4 Nivel de satisfacción con la atención prestada por el trabajador social.

7.5 ¿Han acudido a otro trabajador social exterior del Centro para buscar ayuda/orientación?

**4º)** En un segundo contacto con el paciente y/o familiares durante la hospitalización, y a través de la historia clínica y/o del médico a cargo del paciente, se ha rellenado el apartado 6 del cuestionario (Planificación del alta hospitalaria) terminándose así de completar, ya que durante la primera entrevista, en la mayoría de las ocasiones no ha sido posible conocer a priori si existía necesidad de gestionar algún recurso/apoyo de cara al alta hospitalaria, y cuál sería el más idóneo en caso de necesitarlo. Los datos recogidos han sido los siguientes:

☒ Planificación del alta hospitalaria:

- 6.1 ¿Existe necesidad de gestionar recurso/apoyo de cara al alta hospitalaria?
- 6.2 Recurso más adecuado para la ubicación del paciente al alta propuesto por el profesional.
- 6.3 Recurso preferido por el paciente y/o familiares para la ubicación del paciente al alta.
- 6.4 Ubicación final del paciente al alta.
- 6.5 ¿Se ha producido retraso del alta hospitalaria por problema social?
- 6.6 ¿Cree usted como paciente que la duración de la estancia hospitalaria ha sido adecuada?
- 6.7 ¿Cree usted como familiar que la duración de la estancia hospitalaria ha sido la adecuada?

**5º)** Solo en el caso de no haberse podido conocer durante la entrevista en profundidad el nivel de satisfacción con la atención prestada por el trabajador social en el ámbito hospitalario, y el qué pedirían como pacientes/familiares a los trabajadores sociales del Centro, se ha contactado telefónicamente con ellos posteriormente al alta hospitalaria, para conocerlo a modo de mejora en la calidad asistencial prestada.

**Profesionales del Centro**

En primer lugar, decir que se ha pretendido obtener una muestra lo más representativa posible de los profesionales del Centro, y para ello se han realizado entrevistas en profundidad a: médicos, enfermeros/as, auxiliares de

clínica, informador de urgencias, técnico de documentación clínica, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, administrativos y personal de limpieza.

El procedimiento para la recogida de datos ha sido el siguiente:

La investigadora ha realizado la entrevista en profundidad personalmente a cada profesional, previa explicación del motivo de la misma y de la voluntariedad de participar en ella. En presencia del profesional, la investigadora ha escrito la respuesta dada y se la ha leído antes de darla por finalizada.

El ámbito de realización de las entrevistas ha sido variado, respetando la ubicación propia de cada profesional: consultas médicas, pasillos de las plantas de hospitalización, boxes y área de observación de urgencias, habitaciones, área de rehabilitación, y despacho de archivo y documentación clínica.

#### **6.3.6 ANÁLISIS DE DATOS**

Para el análisis estadístico de los datos se ha utilizado el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 22.0 bajo Windows Vista.

En primer lugar, se ha realizado un análisis descriptivo de las variables cualitativas, expresando su distribución en términos de frecuencias absolutas y de porcentajes, complementándose los resultados de forma gráfica mediante diagrama de barras o sectores.

Las variables cuantitativas han sido expresadas en términos de frecuencias absolutas y porcentajes, y de forma gráfica mediante histograma. Asimismo,

sus resultados han sido completados con el promedio aritmético, y con la desviación típica como medida de dispersión.

En aquellas variables tanto cualitativas como cuantitativas en las que se ha creído pertinente, también se ha realizado una comparación entre sexos, expresándose su distribución en términos de frecuencias absolutas y porcentajes en tablas de contingencia o mediante gráficos.

Para el estudio de las respuestas dadas a las preguntas abiertas, se ha elaborado una tabla de Excel y se han registrado todas las respuestas, agrupándose posteriormente por similitud o semejanza.

Por último, para estudiar la posible asociación estadística entre variables, se ha utilizado la prueba estadística de Chi-cuadrado de Pearson, considerándose valores estadísticamente significativos de  $p < 0,05$ . Para este estudio se han contemplado las siguientes posibles asociaciones:

- Variable patología/motivo de ingreso y la variable habilidades y competencias en las actividades de la vida diaria tras la enfermedad (grado de dependencia), objetivo número tres de esta investigación.
- Variable al alta hospitalaria el cuidador principal (cónyuge, hijos, familiares) se ve capacitado para proporcionar los cuidados en el domicilio, y la variable habilidades y competencias en las actividades de la vida diaria tras la enfermedad.
- Variable habilidades y competencias en las actividades de la vida diaria tras la enfermedad, y la variable vivienda con barreras arquitectónicas y/o vivienda inadecuada para el paciente tras la enfermedad.
- Variable ¿Existe necesidad de gestionar recurso/apoyo de cara al alta hospitalaria?, y la variable unidad convivencial.

- Variable ¿existe necesidad de gestionar recurso/apoyo de cara al alta hospitalaria?, y la variable habilidades y competencias en las actividades de la vida diaria tras la enfermedad.

### **6.3.7 TEMPORALIDAD**

Las técnicas utilizadas en la investigación fueron llevadas a cabo durante los siguientes meses:

- Observación participante: noviembre y diciembre de 2013.
- Análisis documental: enero y febrero de 2014.
- Entrevistas estructuradas (pacientes y/o familiares) y entrevistas en profundidad (profesionales del centro): entre abril de 2014 y principios de agosto de 2014.

### **6.3.8 ASPECTOS ÉTICOS**

La realización de este trabajo de investigación, ha sido llevado a cabo con la aprobación de la Comisión de Gestión del Conocimiento e Investigación del Hospital Universitario del Sureste. Tanto los pacientes como los familiares fueron informados del objetivo del presente estudio antes de llevar a cabo la recogida de la información, de la posible negación a participar en él, y se les pidió su consentimiento verbal garantizándoles en todo momento la confidencialidad de los datos. Asimismo, los profesionales del Hospital fueron informados del objetivo de la investigación, de la voluntariedad de participar en ella, garantizándoles igualmente la confidencialidad de sus datos.

# Capítulo 7. Resultados

## 7.1 ANALISIS DE RESULTADOS: PACIENTES Y FAMILIARES

El número de casos objeto de estudio de esta investigación han sido 275, todos ellos pacientes adultos hospitalizados atendidos por la Unidad de Trabajo Social durante el periodo abril – principios de agosto de 2014. Cabe señalar, que de los 275 casos, 7 han quedado con algún bloque de preguntas de la entrevista realizada sin contestar, debido a que los pacientes han sido dados de alta antes de acabar de completarse o lamentablemente han fallecido.

A continuación se presentan los resultados obtenidos del análisis cuantitativo y cualitativo de las entrevistas estructuradas realizadas, cuya exposición de datos ha seguido el mismo orden de las variables establecidas en el cuestionario. Asimismo, los resultados han sido complementados con posibles asociaciones entre variables que pueden contribuir a la comprensión de los datos.

### 1. Entrevista realizada a:

Iniciamos este análisis con la variable *Entrevista realizada a*, cuya distribución de resultados queda reflejada en la tabla 7.1, en la cual podemos observar que el mayor porcentaje de entrevistados ha correspondido a familiares, seguido en orden decreciente de la Unidad familiar (paciente y familiares), del propio paciente, y en último lugar de la categoría *Otros*, correspondiente a



tutores legales, cuidadoras, amigos, vecinos, y profesionales de las residencias.

Tabla 7.1 Entrevista en profundidad realizada a:			
		Frecuencia	%
	Familiares	116	42,2
	Unidad familiar (paciente y familiares)	93	33,8
	Paciente	56	20,4
	Otros (tutores legales, cuidadoras, etc)	10	3,6
	Total	275	100,0

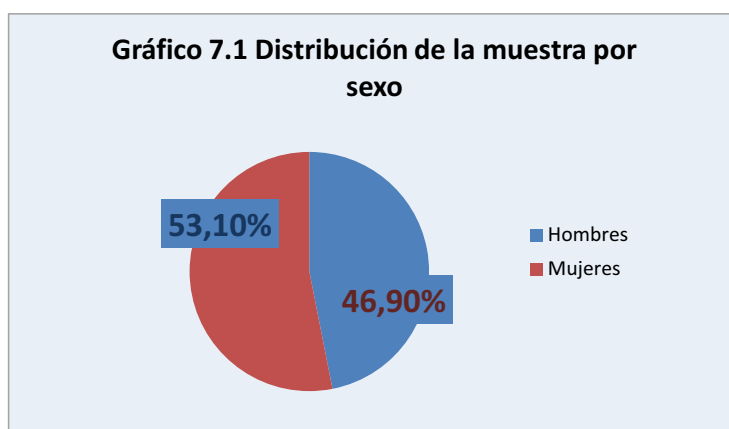
*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Los familiares son un pilar fundamental en todo proceso de hospitalización, algo que ya vimos en el primer capítulo de este estudio, en donde la familia era considerada la principal fuente de apoyo personal y social, y que al observar estos resultados podemos corroborar, ya que en un 42,2% ha sido a los familiares a quienes se les ha realizado la entrevista y de los cuales se ha obtenido la información necesaria, seguido de la unidad familiar (paciente y nuevamente de sus familiares) en un 33,8%. Teniendo en cuenta la suma ambas categorías, estaríamos hablando del 76% de la muestra resultante.

## 2. Datos Sociodemográficos del paciente:

Los aspectos sociodemográficos del paciente adulto hospitalizado atendido por la Unidad de Trabajo Social, han sido estudiados a través de una gran diversidad de variables con el objetivo de conocer en profundidad sus características, cuyos resultados puedan contribuir en la propuesta de mejoras en el ámbito de la intervención profesional del trabajador social a partir de los datos obtenidos.

En relación a la *variable sexo*, los resultados muestran un mayor predominio de las mujeres, 146 casos (53,10%) respecto a los hombres, 129 casos (46,90%), distribución que podemos ver reflejada claramente en el siguiente gráfico (7.1).



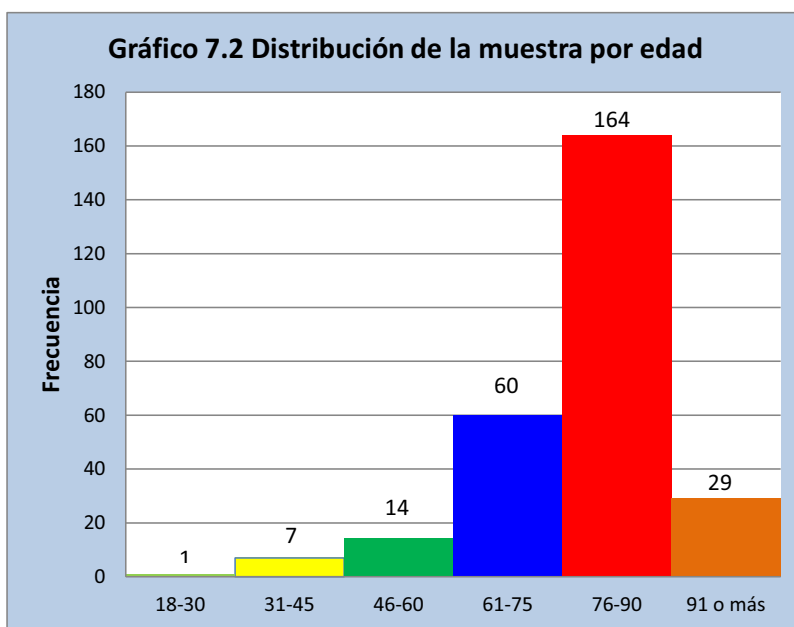
*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

En cuanto a la *variable edad*, la muestra resultante a estudio se ha estructurado en 6 grupos comprendidos entre los 18 años y los 91 años y más, y como podemos observar en la tabla 7.2, el porcentaje mayoritario de pacientes se ha situado en el intervalo etario de 76-90 años (59,60%), seguido del grupo de 61-75 años (21,80%) y del grupo de 91 años o más (10,50%). Entre estos tres intervalos de edad, estaría comprendida el casi 92% de la muestra, siendo el promedio de edad de 77,92 años +/- 12,70 años.

Tabla 7.2 Distribución de la muestra por edad			
Edad		Frecuencia	%
	18-30 años	1	0,4
	31-45 años	7	2,5
	46-60 años	14	5,1
	61-75 años	60	21,8
	76-90 años	164	59,6
	91 o más	29	10,5
Total		275	100

*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Tal y como muestra el gráfico 7.2, los resultados de la variable *edad* se han distribuido de forma asimétrica hacia la derecha, lo que indica una población envejecida con frecuencias que van en aumento a medida que avanza la edad, a excepción del último intervalo (91 años o más).



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Si cruzamos los datos de las variables *género* y *edad* (tabla 7.3), podemos apreciar cómo hay una tendencia similar de hombres y mujeres en todos los intervalos de edad, a excepción del claro predominio de las mujeres en el grupo de 91 años y más, que viene a confirmar los datos reflejados en la pirámide de población anteriormente expuesta, en la cual en el rango de edad de 90 a 94 se reflejaba la preponderancia de las mujeres.

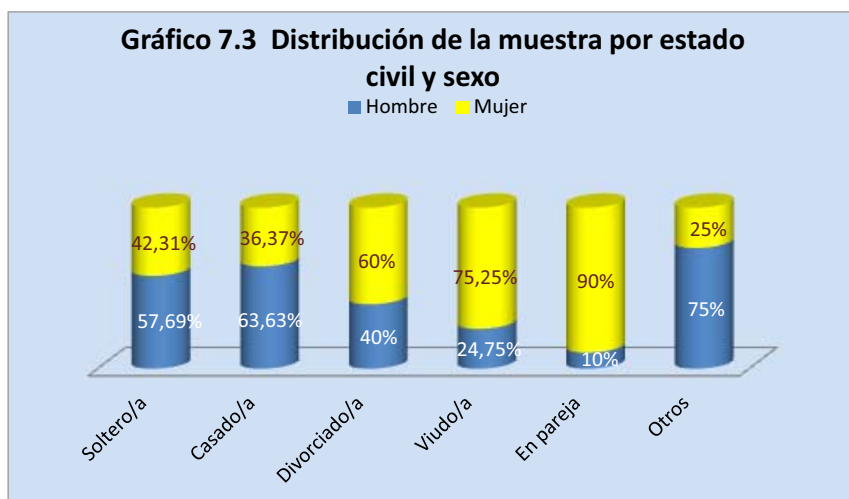
Tabla 7.3 Distribución de la muestra por sexo y edad					
		Sexo		Total (Fr)	%
		Hombre (Fr)	Mujer (Fr)		
	18-30 años	0	1	1	0,36
	31-45 años	3	4	7	2,54
	46-60 años	8	6	14	5,09
	61-75 años	30	30	60	21,81
	76-90 años	81	83	164	59,60
	91 o más	7	22	29	10,54
Total		129	146	275	100

*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

En relación a la variable *estado civil*, cuya distribución queda reflejada en la tabla 7.4, podemos observar que predominan claramente los pacientes casados y los pacientes viudos/as, seguidos en orden decreciente de solteros, en pareja, y divorciados/as. La categoría “Otros” que representa el menor porcentaje de pacientes estaría formado por personas separadas. Asimismo, en esta variable podemos destacar que aparecen grandes diferencias en razón del sexo de los pacientes en todas las categorías, destacando los hombres en las categorías de solteros, casados y otros (separados), mientras que las mujeres predominan en la categoría de divorciadas, viudas, y en pareja, distribución que queda muy claramente expuesta en el gráfico 7.3.

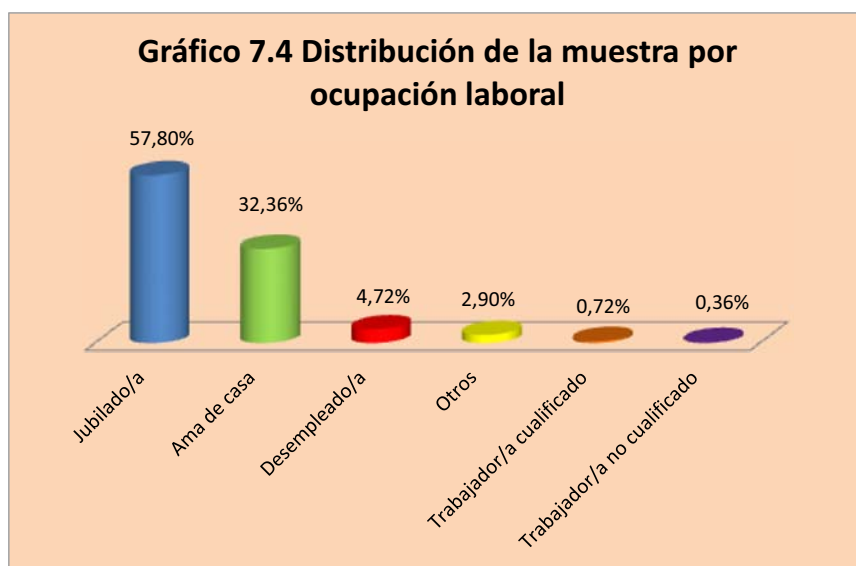
Tabla 7.4 Distribución de la muestra por estado civil y sexo					
		Sexo		Total (Fr)	%
		Hombre (Fr)	Mujer (Fr)		
Estado civil	Soltero/a	15	11	26	9,45
	Casado/a	77	44	121	44
	Divorciado/a	2	3	5	1,81
	Viudo/a	25	76	101	36,72
	En pareja	1	9	10	3,63
	Otros	6	2	8	2,90
Ausencia de respuesta		3	1	4	1,45
Total		129	146	275	100
Nota: La categoría Otros incluye: empresario autónomo, pensionista, situación de exclusión social					

*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Respecto a la variable *ocupación laboral* (ver gráfico 7.4 y tabla 7.5), en primer lugar destaca el elevado número de personas jubiladas (57,80%), más de la mitad de la muestra resultante a estudio, seguido en orden decreciente de amas de casa con un elevado porcentaje también (32,36%), le seguirían pero ya en unas proporciones muy inferiores desempleados, otros, trabajadores cualificados, y por último trabajadores no cualificados. El hecho de que haya un claro predominio de personas jubiladas y amas de casa, que entre ambas categorías representarían el 90% de la muestra, va en concordancia con los intervalos de edad mayoritarios que han sido atendidos, y que como hemos visto estaban comprendidos entre los 61 y 91 años y mas (61-75, 76-90 y 91 y mas).



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

En segundo lugar, destaca una clara prevalencia de hombres respecto a las mujeres en la categoría de jubilados, y en tercer lugar decir, que hay una

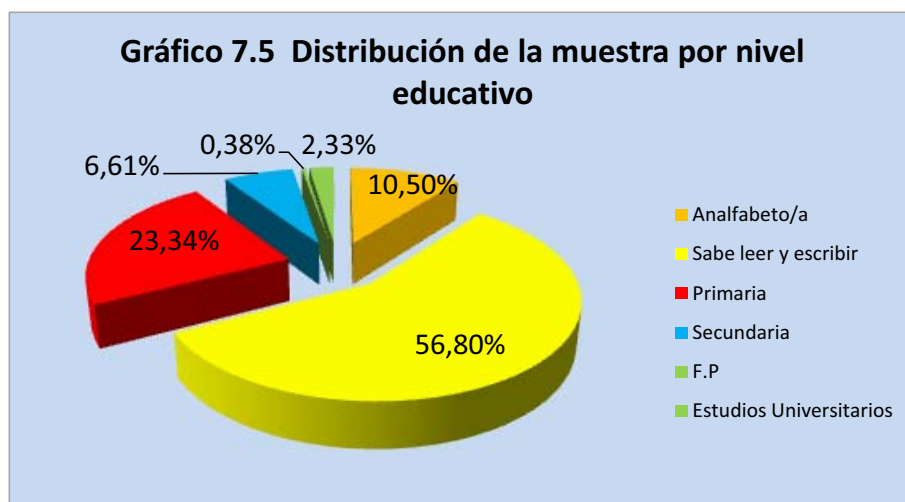
elevada presencia de la categoría amas de casa con representación exclusiva de mujeres. Estos datos pueden entenderse, si tenemos en cuenta que la incorporación de la mujer al mercado laboral en España comenzó con la Transición y los primeros años de la democracia, siendo anteriormente a esta incorporación el papel de la mujer principalmente el de cuidadora de los hijos y quien se encargaba de las tareas del hogar, dependiendo económicamente del marido que era quien trabaja, el cual ha quedado con la condición de jubilado.

Tabla 7.5 Distribución de la muestra por ocupación laboral y sexo					
		Sexo		Total (Fr)	%
		Hombre (Fr)	Mujer (Fr)		
Ocupación laboral	Trabajador/a no cualificado	0	1	1	0,36
	Trabajador/a cualificado	1	1	2	0,72
	Ama de casa	0	89	89	32,36
	Desempleado/a	9	4	13	4,72
	Jubilado/a	113	46	159	57,80
	Otros	5	3	8	2,90
Ausencia de respuesta		---	---	3	1,09
Total		128	144	275	100
Nota: La categoría Otros incluye: empresario autónomo, pensionista, situación de exclusión social					

*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

En lo que concierne al *nivel educativo*, predomina un nivel educativo bajo en la muestra, ya que la categoría sabe leer y escribir ha sido la mayoritaria con 146 pacientes (56,80%), seguida de estudios primarios 60 pacientes (23,34%), analfabeto/a 27 pacientes (10,50%), estudios secundarios 17 pacientes (6,61%), estudios universitarios 6 pacientes (2,33%), y FP 1

paciente (0,38%). A continuación, el gráfico 7.5 muestra de forma clara la distribución en porcentajes de esta variable:



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Nos llama la atención que el siglo XXI en el que vivimos, siga existiendo un importante sector de la población aún analfabeta, y un elevadísimo porcentaje de personas que solo tenga un nivel educativo de saber leer y escribir. Si sumamos ambas categorías, estaríamos hablando de un 67,30% de la muestra estudiada.

Respecto a la variable *unidad convivencial*, cuya distribución queda reflejada en la tabla 7.6, podemos observar que el mayor porcentaje de los pacientes atendidos vive con su cónyuge, seguido en proporción decreciente de los que viven en residencia, en tercer lugar los que viven con los hijos, le seguirían los que viven solos, los que viven con “Otros” (hermanos, sobrinos, padres, cuidadora o compañeros de piso), los que no tiene domicilio, y en último lugar los no tienen domicilio fijo.



Tabla 7.6 Distribución de la muestra según unidad convivencial					
		Sexo		Total (Fr)	%
		Hombre (Fr)	Mujer (Fr)		
Unidad convivencial	Vive solo/a	14	17	31	11,27
	Vive con su cónyuge	65	39	104	37,81
	Vive con hijo/s	15	36	51	18,54
	Vive en Residencia	22	37	59	21,45
	No tiene domicilio fijo	1	0	1	0,36
	No tiene domicilio	2	1	3	1,09
	Otros	10	16	26	9,45
Total		129	146	275	100
Nota: La categoría Otros incluye: hermanos, padres, nietos, sobrinos, cuidadora o compañeros de piso.					

*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Como vemos un elevado porcentaje de la muestra (37,81%) vive con su familia nuclear (marido o esposa), pero creemos necesario matizar que en segundo lugar como *unidad convivencial* aparece la residencia, por encima de la familia propia como son los hijos, hermanos, padres, nietos, etc, que pasan a un tercer y quinto puesto respectivamente, algo que sorprende si tenemos en cuenta que España es una país que se ha caracterizado por su tradición social de cuidar a sus mayores, por su solidaridad, y por asumir funciones de carácter social cuando los recursos no llegan, además de ser uno de los países en los que cuidar a los ascendientes está establecido por ley (Código civil). Otra opción que podría explicar según nuestra opinión este segundo lugar de las residencias como unidad convivencial, es que hay mayores que no desean ser “una carga” para sus hijos, y optan por su institucionalización en una residencia.

Es importante señalar también, que teniendo en cuenta los intervalos de edad mayoritarios entre los que se encuentra la muestra de estudio (una población envejecida), más de un 11% vive solo prevaleciendo las mujeres frente a los hombres, quizás justificado porque como veíamos en la variable estado civil, las mujeres predominaban en la categoría de divorciadas y viudas. Por último subrayar, que un 1,09% de las personas hospitalizadas atendidas no tenían domicilio.

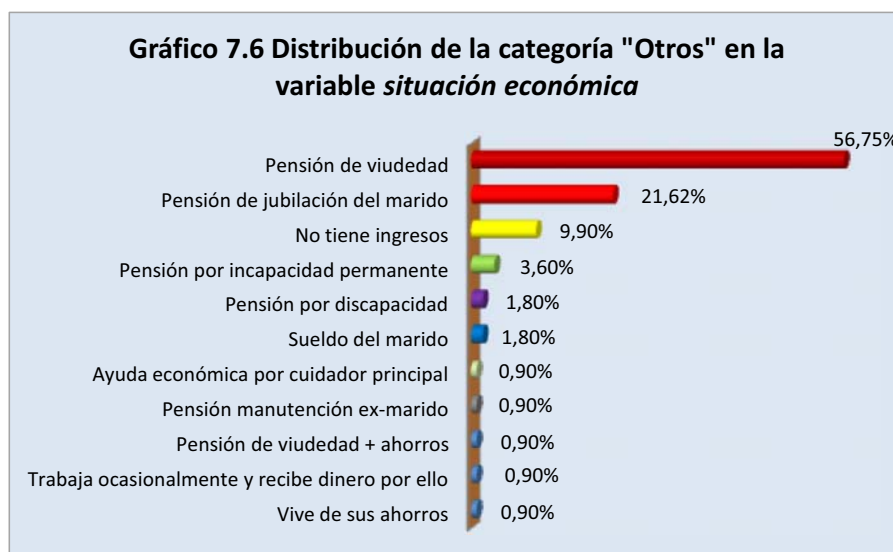
En lo relativo a la variable *situación económica* (ver tabla 7.7 y gráfico 7.6), como se puede apreciar existen dos categorías predominantes: los pacientes que perciben pensión de jubilación (48%), y los que reciben “Otros” ingresos diferentes de los especificados (40,36%), que corresponde mayoritariamente a mujeres que cobran pensión de viudedad o viven con la pensión de jubilación del marido fundamentalmente. Le seguirían en porcentaje decreciente las personas que cobran una pensión no contributiva (entre 92 y 365 euros), los que reciben ingresos mensuales inferiores al SMI (sueldo mínimo interprofesional), los que reciben ingresos mensuales superiores al SMI, y por último, los que cobran una prestación por desempleo. Destacar como se aprecia en el gráfico 7.6, que un 9,90% de los pacientes atendidos no tiene ingresos.

Señalar en relación a la situación económica, que al igual que ocurría en anteriores variables, su distribución y resultados va en concordancia con los intervalos de edad en los que se encuentra la muestra objeto de estudio.

Tabla 7.7 Distribución de la muestra por su situación económica					
		Sexo		Total (Fr)	%
		Hombre (Fr)	Mujer (Fr)		
	Ingresos mensuales inferiores al SMI <645 euros	3	6	9	3,27
	Ingresos mensuales superiores al SMI > 645 euros	1	1	2	0,72
	Cobra pensión de jubilación	103	29	132	48,00
	Recibe pensión no contributiva (ente 92-365 euros)	7	8	15	5,45
	Cobra prestación por desempleo	1	0	1	0,36
	Otros	13	98	111	40,36
	Ausencia de respuesta	----	----	5	1,81
	Total	128	142	275	100

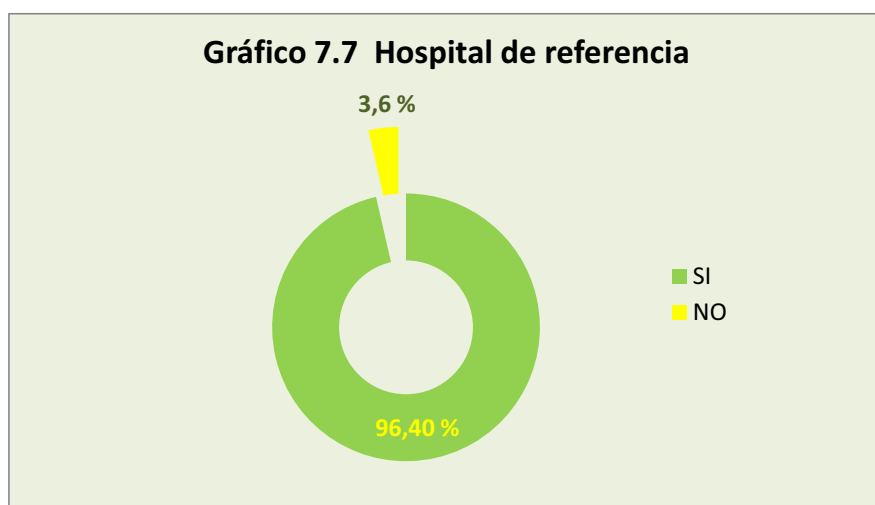
Nota: La categoría otros incluye: pensión de viudedad, pensión de jubilación del marido, pensión por discapacidad, pensión por incapacidad permanente, sin ingresos, ayuda por cuidador principal y pensión de manutención del exmarido.

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

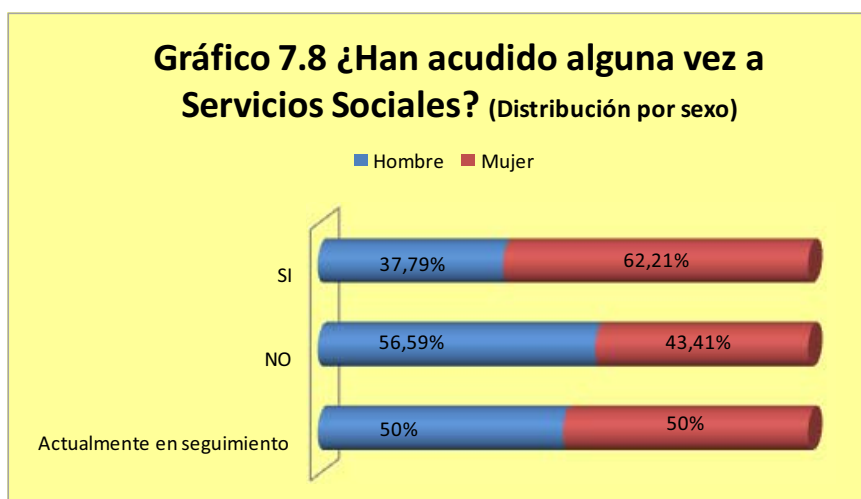
En relación a la variable *municipio de residencia/ empadronamiento*, del total de 275 pacientes atendidos, el Hospital del Sureste ha sido hospital de referencia para 264 pacientes (96,40%). Es decir, los resultados muestran que casi la práctica totalidad de la muestra atendida pertenece al área sureste como podemos apreciar a continuación en el siguiente gráfico:



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Con respecto a si *¿Han acudido alguna vez a Servicios Sociales de zona?*, el mayor porcentaje ha correspondido a pacientes que nunca han acudido, 129 pacientes (47,80%), seguido muy de cerca con 127 pacientes (47%) de pacientes que si lo han hecho, y por último, 14 pacientes (5,20%) que han manifestado estar en seguimiento. Si tenemos en cuenta el sexo del paciente, como podemos observar en el siguiente gráfico (7.8), se aprecia una mayor diferencia en la categoría del *sí*, siendo la representación femenina más predominante, deduciéndose de estos resultados, que las mujeres acuden más a Servicios Sociales en comparación con los hombres.

En relación a esta variable, hay que decir que nos ha sorprendido que casi la mitad de los pacientes atendidos nunca hayan acudido a los Servicios Sociales de su zona, teniendo en cuenta la edad media de la muestra, y la condición de cercanía que tienen estos centros con la población en general, a través de su atención personal, y de los servicios y ayudas sociales que los ciudadanos pueden solicitar.



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

En lo que atañe a la variable *¿Conoce algún tipo de recurso/ayuda social?*, podemos observar (ver tabla 7.8) que predominan los pacientes que conocen algún tipo de recurso/ayuda de tipo social respecto de los que no conocen ninguno. De los recursos/ayudas conocidos destaca claramente el Servicio de Ayuda a Domicilio tanto en hombres como en mujeres, seguido en porcentaje decreciente las residencias para mayores indefinidas, el Servicio de Teleasistencia, la prestación económica por cuidador principal, la categoría Otros (albergues, comedores sociales, etc), las residencias de estancia

temporal y los centros de día ambos con similar porcentaje, y por último, la prestación económica: cheque servicio.

Tabla 7.8 ¿Conoce algún tipo de recurso/ayuda social?				
	Sexo		Total (Fr)	%
	Hombre (Fr)	Mujer (Fr)		
Servicio de ayuda a domicilio	34	34	68	24,72
Teleasistencia	6	11	17	6,18
Residencia de estancia temporal	5	1	6	2,18
Residencia indefinida	9	23	32	11,63
Prestación económica: cuidador principal	2	7	9	3,27
Prestación económica: Cheque servicio	1	2	3	1,09
Centro de día	2	4	6	2,18
Otros	4	3	7	2,54
No conoce/no sabe	66	61	127	46,18
Total	129	146	275	100
Nota: La categoría otros incluye: albergue, comedores sociales, tarjeta de estacionamiento para personas con movilidad reducida.				

*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

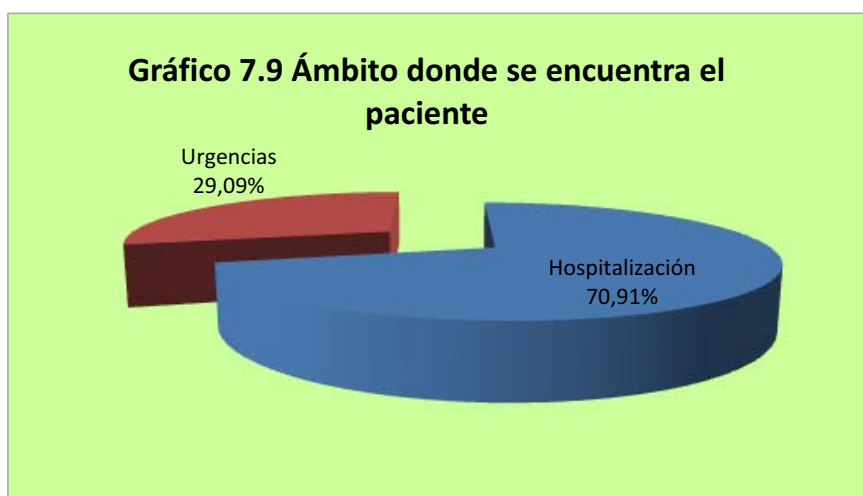
En relación a esta variable, comentar que de los pacientes que conocían algún tipo de recurso, el 34,45% conocía más de uno, siendo el Servicio de Teleasistencia el más conocido como segunda opción, seguido de los centros de día, las residencias para personas mayores indefinidas, residencias de estancia temporal y la prestación económica: cheque servicio.

### 3. Datos Sanitarios del paciente:

Terminado el análisis sociodemográfico de la muestra estudiada, a continuación exponemos los resultados de otro de los aspectos que han sido analizados: los datos sanitarios del paciente.

En cuanto a la variable *ámbito donde se encuentra el paciente*, en primer lugar hay que especificar que todos los pacientes que conforman la muestra han estado hospitalizados, pero se ha hecho la distinción entre ámbito de Urgencias y Hospitalización, para saber dónde se encontraba el paciente cuando se ha realizado el primer contacto y se han recogido los primeros datos de la entrevista. Esta diferenciación también ha permitido obtener información sobre la actuación del trabajador social hospitalario, pudiendo medir el tiempo transcurrido desde el ingreso del paciente, y el primer contacto/actuación con él, variable cuyos resultados veremos más adelante.

En relación a esta variable, predomina claramente el ámbito de hospitalización respecto a Urgencias cuando se ha producido el primer contacto con el trabajador social, 195 pacientes (70,91%) vs 80 casos (29,09%) respectivamente, como puede verse reflejado en el siguiente gráfico:



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Con respecto a la *patología/motivo de ingreso* de los pacientes (tabla 7.9), podemos observar que destaca un alto porcentaje de pacientes con enfermedades del aparato respiratorio (22,90%), categoría en la que no hay diferencia entre sexos. Le seguirían en orden decreciente las enfermedades osteo-articulares (20%), en las que si se aprecia una mayor proporción de mujeres frente a los hombres, la categoría “Otros” (19,27%), en la cual se incluyen gran diversidad de patologías siendo las más frecuentes: fiebre, deterioro del estado general, vómitos y diarrea, y traumatismos. En cuarto lugar estarían las enfermedades del aparato genitourinario (12,36%), en las que se aprecia una mayor frecuencia de hombres respecto a mujeres, las enfermedades digestivas (10,90%), las del sistema nervioso (5,09%), enfermedades cardíacas (4%), los trastornos mentales (2,18%), las enfermedades nutricionales y metabólicas (1,45%), enfermedades infecciosas y parasitarias, y las neoplasias/cáncer que ambos tipos de enfermedades han representado un 0,72%, y por último, enfermedades relacionadas con la medicación (0,36%).



Tabla 7.9 Patología/Motivo de ingreso del paciente				
	Sexo		Total (Fr)	%
	Hombre (Fr)	Mujer (Fr)		
Enfermedades A. Respiratorio: EPOC, Insuf. Respiratoria, disnea, neumonía, bronquitis, etc	31	32	63	22,90
Enfermedades osteo-articulares: fracturas de cadera, lesiones de rodilla, etc.	21	34	55	20,00
Otros	24	29	53	19,27
Enfermedades A. Genitourinario	21	13	34	12,36
Enfermedades A. Digestivo: hemorragias, coleditiasis, pancreatitis, hepatitis, etc.	14	16	30	10,90
Enfermedades Sistema nervioso: ACV, etc	8	6	14	5,09
Enfermedades cardiacas: arritmias, insuf. Cardiaca, cardiopatía isquémica, etc.	6	5	11	4,00
Trastornos mentales	2	4	6	2,18
Enfermedades nutricionales y metabólicas	1	3	4	1,45
Enfermedades infecciosas y parasitarias	0	2	2	0,72
Neoplasias/Cáncer	1	1	2	0,72
Problemas relacionados con la medicación	0	1	1	0,36
Total	129	146	275	100

En relación al *Servicio médico a cargo del paciente*, hay que especificar que los pacientes que aparecen incluidos en el Servicio médico de Urgencias, una vez que han subido a la planta han pasado a estar a cargo de otro Servicio médico, pero pertenecían a Urgencias cuando se ha realizado el primer contacto con el trabajador social, y se han realizado las primeras preguntas al personal sanitario sobre el paciente y recogido los primeros datos de la entrevista.

En cuanto a esta variable, su frecuencia y la distribución en función del sexo del paciente podemos verla reflejada en la siguiente tabla 7.10:

Tabla 7.10 Servicio médico a cargo del paciente					
		Sexo		Total (Fr)	%
		Hombre (Fr)	Mujer (Fr)		
	Cirugía general y Aparato Digestivo	12	16	28	10,18
	Urología	12	6	18	6,54
	Otros	4	5	9	3,27
	Digestivo	3	1	4	1,45
	Geriatría	3	4	7	2,54
	Ginecología y Obstetricia	0	1	1	0,36
	Medicina Interna	42	45	87	31,60
	Neumología	9	4	13	4,72
	Neurología	6	6	12	4,36
	Traumatología	18	31	49	17,81
	Urgencias	20	27	47	17,09
Total		129	146	275	100
Nota: la categoría otros incluye: Psiquiatría, Medicina Intensiva, Cardiología, Nefrología y Oncología.					

*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Como observamos destaca en primer lugar el Servicio de Medicina Interna

*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

con un 17,81%, y el Servicio de Urgencias con un 17,09%. En porcentajes menores, le seguirían los Servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo con un 10,18%, Urología con un 6,54%, Neumología con un 4,72%, Neurología con un 4,36%, Geriatria representaría el 2,54%, y en último lugar, el Servicio de Ginecología y Obstetricia con un 0,36%. La categoría "Otros" que representa el 3,27%, estaría formado mayoritariamente por el Servicio de Psiquiatria, seguido en igual proporción por Medicina Intensiva, Cardiología, Nefrología y Oncología.

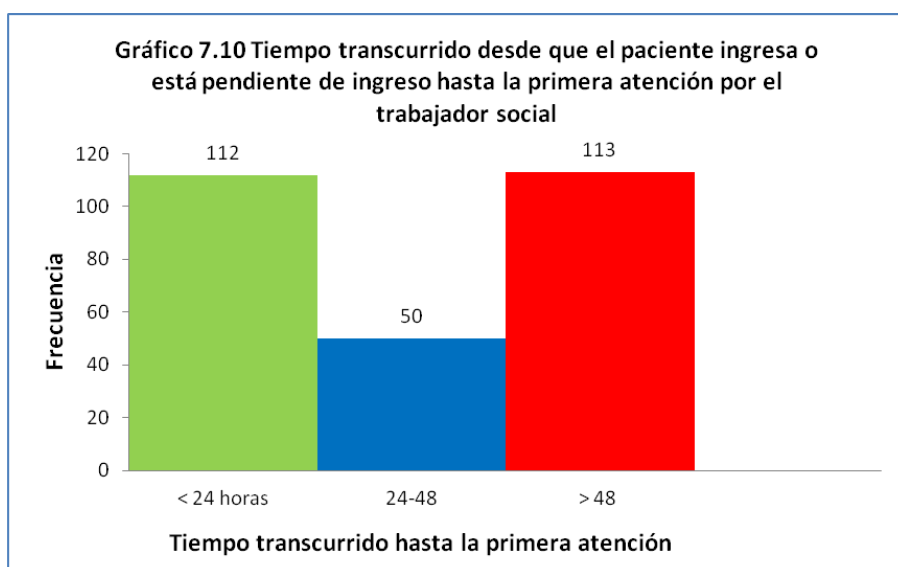
Sorprendente a primera vista, que siendo Geriatria una especialidad médica que atiende concretamente a las personas de la tercera edad, rango en el que se encuentra la muestra mayoritaria de nuestro estudio, haya sido tan escaso el porcentaje de pacientes de este Servicio sobre los que el trabajador ha intervenido. Entendemos que este hecho se podría explicar según nuestra opinión por el menor ingreso de pacientes a cargo de este Servicio en comparación con otros Servicios médicos, y a que el paciente considerado geriátrico no sólo debe de ser mayor de 75 años, sino que debe de reunir algún otro criterio como trastorno funcional físico o psíquico, pluripatología, polifarmacia, fragilidad social, etc.

Asimismo, observamos que existen diferencias a destacar en relación al sexo del paciente en los Servicios de Traumatología, predominando el género femenino frente al masculino, y en el Servicio de Urología, predominando los hombres respecto a las mujeres.

Con respecto a la variable *Tiempo transcurrido desde que el paciente ingresa o está pendiente de ingreso hasta la primera valoración social/atención por el trabajador social*, 113 pacientes (41,09%) han sido atendidos en más de 48 horas, 112 pacientes (40,70%) en menos de 24 horas, y 50 pacientes (18,20%) entre las 24-48 horas, siendo el promedio de tiempo en ser atendidos de 36,08 horas +/- 21,70 horas. En relación a los pacientes que

han sido atendidos en más de 48 horas, debemos especificar que en 40 de ellos su ingreso ha coincidido con el fin de semana, periodo durante el cual no existe trabajador social en el centro, motivo que entendemos ha contribuido al incremento en el tiempo de atención.

En relación a esta variable, cuya distribución queda muy claramente reflejada en el siguiente gráfico 7.10, podemos observar que existen dos frecuencias altas (pacientes atendidos en más de 48 horas y menos de 24 horas), existiendo cierto grado de simetría respecto a la categoría central, 24-48 horas.



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Si cruzamos estos datos de la variable *Tiempo transcurrido desde que el paciente ingresa o está pendiente de ingreso hasta la primera valoración social/atención por el trabajador social* con la variable *ámbito donde se encuentra el paciente* (anteriormente expuesta), observamos cómo la rapidez

de actuación (<24 horas) por parte del trabajador social ha correspondido a los pacientes que estaban en el Servicio de Urgencias pendientes de ingreso en planta, y la menor rapidez de actuación (24-48 horas y pasadas las 48 horas) en los pacientes que desde el primer momento han sido valorados/atendidos en planta. (Ver tabla 7.11)

Tabla 7.11 Tiempo transcurrido desde que el paciente ingresa o está pendiente de ingreso hasta la primera valoración social/atención por el trabajador social, por ámbito donde se encuentra el paciente durante el primer contacto de la entrevista				
		Ámbito donde se encuentra el paciente durante la entrevista		Total (Fr)
		Urgencias (Fr)	Hospitalización (Fr)	
	< 24 horas	60	52	112
	24-48 horas	9	41	50
	> 48 horas	7	66	73
	> 48 horas (por ser fin de semana)	4	36	40
Total		80	195	275

*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Analizados los datos sanitarios del paciente, pasamos a exponer a continuación los resultados relativos a las necesidades sociales originas a consecuencia de la enfermedad.

#### 4. Necesidades sociales originadas a consecuencia de la enfermedad

##### 4.1 Área personal del paciente

En cuanto a las habilidades y competencias en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) tras la enfermedad, entendida esta dentro de un periodo de hospitalización, como puede observarse en la tabla 7.12 en más de la

mitad de los casos, la enfermedad ha provocado una mayor dependencia (54,18%) para las ABVD al alta hospitalaria.

En segundo lugar, con un 32%, las enfermedades han originado la misma dependencia, es decir, en pacientes que ya tenían una cierta dependencia o eran totalmente dependientes, la enfermedad no les ha originado un agravamiento. En el 13,45% de los casos, la enfermedad no ha originado ningún grado de dependencia para el desarrollo de las ABVD, y por último decir, que no ha habido ningún caso que tras padecer una enfermedad hayan tenido una menor dependencia, aún cuando los pacientes han acudido por una intervención quirúrgica para mejorar su estado de salud o calidad de vida.

Si hacemos una comparativa entre sexos, observamos que es ligeramente superior la frecuencia de mujeres en las categorías de mayor dependencia e igual dependencia, mientras que los hombres poseen una mayor frecuencia en la categoría de no haber desarrollado ningún tipo de dependencia tras la enfermedad.

Tabla 7.12 Habilidades y competencias del paciente tras la enfermedad				
	Sexo		Total (Fr)	%
	Hombre (Fr)	Mujer (Fr)		
Mayor dependencia	71	78	149	54,18
Igual dependencia	36	52	88	32
Menor dependencia	0	0	0	0
El paciente es IABVD y no desarrolla DABVD tras la enfermedad	22	15	37	13,45
No contestado/ausencia de valor	0	1	1	0,36
Total	129	145	275	100

*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Como podemos ver a continuación en la tabla 7.13, las patologías que mayor grado de dependencia han originado correspondería a las osteo-articulares con una clara preponderancia, seguidas por las enfermedades digestivas, genitourinarias, respiratorias, y las que comprenden la categoría *Otros*. En proporciones muy inferiores estarían las enfermedades cardíacas, neoplásicas/cáncer, enfermedades nutricionales y metabólicas, y las relacionadas con la medicación.

Si revisamos las enfermedades que no han originado un agravamiento en las habilidades y competencias en las actividades básicas de la vida diaria, es decir, que han dejado igual el nivel de dependencia de los pacientes estudiados, nos encontramos en primer lugar las enfermedades respiratorias, seguidas de las incluidas en la categoría *Otros*. En menor medida las enfermedades genitourinarias, cardíacas y digestivas, los trastornos mentales, y en último lugar en igual proporción, las enfermedades osteo-articulares, del sistema nervioso, nutricionales y metabólicas, y las enfermedades infecciosas y parasitarias.

Hay pacientes que al alta hospitalaria han sido totalmente independientes para volver a su actividad diaria, y no han requerido mayor intervención por parte del trabajador social que información y asesoramiento sobre aspectos de la propia institución hospitalaria, y/o de ayudas/recursos de tipo social que podrían solicitar a través de Servicios Sociales de zona, por su edad y características propias. Entre las enfermedades que no han generado (en algunos de los pacientes) dependencia, se encontrarían en primer lugar las enfermedades respiratorias, seguidas de las incluidas en la categoría *Otros*, en tercer y cuarto lugar estarían las enfermedades genitourinarias y digestivas, seguidas de las osteo-articulares y cardíacas, y por último en igual proporción, las enfermedades del sistema nervioso, nutricionales y metabólicas y los trastornos mentales.

Tabla 7.13 Patología/Motivo de ingreso vs Habilidades y competencias del paciente tras la enfermedad				
	Mayor	Igual	Paciente	
	DABVD	DABVD	IABVD	Total
Enfermedades A. Respiratorio: EPOC, Insuf. Respiratoria, disnea, neumonía, bronquitis, etc	19	33	11	63
Enfermedades osteo-articulares: fractura de cadera, lesiones de rodilla, etc.	51	2	2	55
Otros	19	23	11	53
Enfermedades A. Genitourinario	20	10	4	34
Enfermedades A. Digestivo: hemorragias, coleditiasis, pancreatitis, hepatitis, etc.	21	5	4	30
Enfermedades Sistema nervioso: ACV, etc	11	2	1	14
Enfermedades cardiacas: arritmias, insuf. Cardiaca, cardiopatía isquémica, etc.	4	5	2	11
Trastornos mentales	0	4	1	5
Enfermedades nutricionales y metabólicas	1	2	1	4
Enfermedades infecciosas y parasitarias	0	2	0	2
Neoplasias/Cáncer	2	0	0	2
Problemas relacionados con la medicación	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>149</b>	<b>88</b>	<b>37</b>	<b>274</b>
Nota: Se ha excluido la categoría "menor DABV" por la ausencia de valor en todas las muestras. En esta tabla el valor total son 274 y no 275 porque hubo una ausencia de respuesta en relación a la dependencia (Ver tabla 10) Fuente: elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del SPSS.				



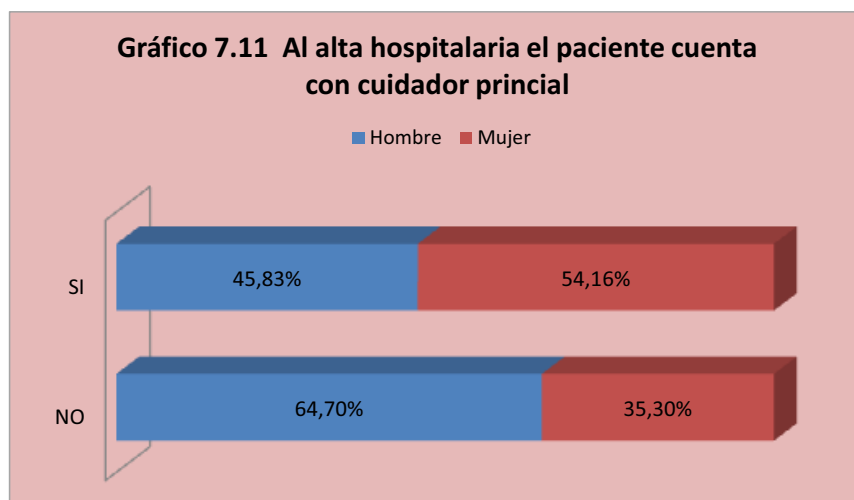
En relación al análisis bivalente entre la *Patología/Motivo de ingreso* y las *Habilidades y competencias del paciente tras la enfermedad*, se observan diferencias estadísticamente significativas ( $p<0,05$ ), por lo que se puede corroborar que existe dependencia entre ambas variables.

#### 4.2 Área familiar del paciente:

Respecto a la variable *al alta hospitalaria el paciente cuenta con cuidador principal (cónyuge, hijos, familiares) para ayudarlo en los cuidados sociosanitarios que pueda requerir*, hay que señalar que no ha sido contestada cuando el paciente ha estado institucionalizado en residencia, ya que no era necesario cuidador principal (familiar) al alta hospitalaria.

En relación a esta variable, que se distribuye del modo en el que figura en el siguiente gráfico (7.11), podemos contemplar que existe un claro predominio de pacientes que si ha contado con cuidador principal, 192 casos (84,95%), respecto a 34 (15,05%), que no ha contado con nadie. Si comparamos en razón del sexo, las mujeres reúnen un mayor porcentaje de contar con cuidador principal de cara al alta hospitalaria.

Aunque en relación esta variable no se ha registrado ni el sexo del cuidador principal, ni si hay un único cuidador o varios, únicamente si el paciente cuenta o no con él, hay que decir que durante la observación participante realizada por la doctoranda para conocer el contexto familiar de los pacientes, sus roles, sus conductas, etc., en la mayoría de las familias cuando ha existido cuidador principal, lo ha sido una única persona y mayoritariamente mujer, que era la esposa, la hija o la nuera, quizás por ese concepto que se tiene a nivel social y cultural de que el sexo femenino está “mejor preparado” para asumir este tipo de funciones.



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

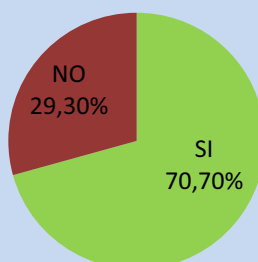
No obstante, desde la experiencia de la doctoranda comentar que una hospitalización por una patología aguda en una persona de edad avanza, en muchos casos conlleva un periodo de convalecencia, es decir, unos cuidados hasta la recuperación total o parcial del paciente tras la enfermedad, en el cual las personas que asumen estos cuidados no suelen ser conscientes de las implicaciones que esto tiene, y mucho menos de las consecuencias a medio y largo plazo cuando el paciente a partir de ese momento pasa a ser dependiente necesitando cada vez más ayuda.

Cuando el paciente no ha contado con cuidador principal, al preguntarle *¿Quién le cuidará?*, las respuestas han sido variadas pudiéndose estructurar en 8 categorías: 1) Los familiares cercanos valorarán qué hacer (24,24%), 2) El paciente y/o familiares, amigos, etc, van a intentar ampliar (los que lo tengan) el Servicio de Ayuda a Domicilio, tramitar residencia de estancia temporal, o valorar con Servicios Sociales alternativas (24,24%), 3) No los va a cuidar nadie (15,15%), 4) Los cuidarán amigos y vecinos (15,15%), 5) Van

a optar por residencia privada (9,09%), 6) Los familiares, sobre todo hijos, harán lo que puedan, después del trabajo irán algún rato al domicilio del paciente para estar con él (6,06 %), 7) Contratarán una cuidadora 24 horas (3,03%), y 8) Los familiares (hijos) se irán a vivir a la casa de los pacientes (padre/madre) durante el periodo de convalecencia (3,03%).

En cuanto a si *al alta hospitalaria el cuidador principal (cónyuge, hijos, familiares) se ve capacitado para proporcionar los cuidados que requiere el paciente en el domicilio* (gráfico 7.12), 157 cuidadores principales (70,70%) han manifestado verse capacitados, frente a 65 cuidadores (29,30%) que han expresado no verse capacitados.

**Gráfico 7.12 Al alta hospitalaria el cuidador principal se ve capacitado para proporcionar los cuidados que requiere el paciente en el domicilio.**



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Al preguntar al cuidador principal por el motivo de no verse capacitado para atender al paciente, los datos analizados revelan una gran heterogeneidad de respuestas. Aquí se van a exponer las 5 respuestas más frecuentes y que destacan sobre el resto, ya que la lista es interminable y por su escasa prevalencia no aportarían un valor significativo: 1) Porque el cuidador principal es una persona de edad avanzada (> 75 años), y en algunos casos con cierto

grado de dependencia para las ABVD (20,28%), 2) Porque el cuidador principal trabaja y no puede proporcionar todos los cuidados que requiere el paciente (14,49%), 3) No tiene familiares (13,04%), 4) Porque el cuidador principal físicamente no puede mover al paciente por problemas de salud, y no le puede proporcionar los cuidados que necesita: aseo, curas, cambios posturales, etc., (10,14%), y 5) Claudicación familiar, los familiares se ven desbordados y dicen no poder más (2,89%). A continuación se exponen algunas de las respuestas referidas por los cuidadores principales:

EEP/F (39):*“Porque trabajo (cuidadora principal) de 8:00 a 17:00 horas y por las mañanas estaría sola”.*

EEP/F (189):*“Porque soy hijo único, no tengo más familia, soy comercial, y no me veo capacitado para cuidarle”.*

EEP/F (198):*“Porque en 15 días ha pasado de ser una persona independiente a dependiente para todo, tengo dos hijas pequeñas que atender, y no me veo capacitada para proporcionarle los cuidados que pueda necesitar”.*

EEP/F (252):*“Porque no me puedo hacer cargo (hija) de 2 personas. Mi madre es DABVD y ahora mi padre no puede casi andar después de llevar 1 mes hospitalizado”.*

EEP/F (262): *“Porque hasta ahora andaba un poquito con un andador y ahora nos ha dicho el traumatólogo que quizás ya no vuelva a andar y tampoco sabemos cómo lo vamos a tener que cuidar”.*

Hemos querido saber también, si el haber desarrollado por parte del paciente algún grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria tras la enfermedad, ha podido influir en la posible capacidad del cuidador para atender al paciente al alta hospitalaria. Como podemos apreciar en la siguiente tabla de datos cruzados (7.14), hay un mayor porcentaje de cuidadores que se ven capacitados para cuidar al paciente respecto a los que no, aún habiendo desarrollado mayor dependencia, igual o ninguna, pero de los cuidadores que han manifestado no verse capacitados, en el 76,92% de los casos el paciente ha desarrollado una mayor dependencia, es decir, en casi 8 de cada 10 pacientes. De ello podemos extraer, que el desarrollar un mayor grado de dependencia por el paciente, influye en la no capacidad del cuidador principal para atenderle.

**Tabla 7.14 Habilidades y competencias del pacientes en las ABVD tras la enfermedad y al alta hospitalaria el cuidador principal se ve capacitado para proporcionar los cuidados que requiere el paciente en el domicilio.**

		Habilidades y competencias del paciente en las ABVD tras la enfermedad					
		Mayor dependencia		Igual dependencia		El paciente es IABVD y no desarrolla DABVD tras la enfermedad	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
Al alta hospitalaria el cuidador principal (Cónyuge, hijos/s, familiares) se ve capacitado para proporcionar los cuidados que requiere el paciente en el domicilio	Si	84	53,50	45	28,66	28	17,83
	No	50	76,92	9	13,84	6	9,23

Test Chi cuadrado  $p < 0,05$ .

*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Analizada la posible asociación entre ambas variables, *al alta hospitalaria el cuidador principal (cónyuge, hijos, familiares) se ve capacitado para proporcionar los cuidados que requiere el paciente en el domicilio* y la variable *habilidades y competencias del paciente tras la enfermedad*, los datos reflejan diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ), por lo que se puede afirmar que existe dependencia entre ambas variables.

#### 4.3 Área económica y laboral del paciente:

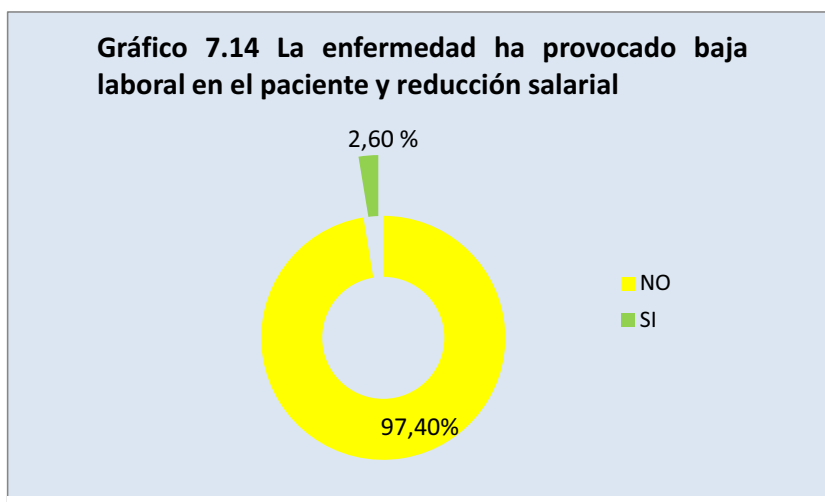
En relación a si *el paciente cuenta con recursos económicos suficientes para asumir los gastos de medicación, acceder a recurso residencial cuando es la opción más adecuada, compra de prótesis necesarias, etc*, cuya distribución podemos apreciar en el siguiente gráfico, 208 pacientes (78,80%) si han contado con recursos económicos suficientes respecto a 56 pacientes (21,20%), que no han contado con ellos.



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

En el caso de no disponer de recursos económicos suficientes, son en primer lugar los hijos con un 55,55% los que asumen estos gastos, en segundo lugar los pacientes y/o familiares optan por contactar con Servicios Sociales de su zona para saber si existe algún tipo de ayuda para la necesidad que tienen que cubrir (15,55%), en tercer lugar estarían familiares de segundo grado (hermanos, nietos) con un 11,11%, y en último lugar, no habría nadie que los asumiera (8,88%), o bien la familia en sentido amplio (8,88%) en casos como fallecimientos, en los que todos sus miembros aportan económicamente lo que les es posible.

Con respecto a la variable *la enfermedad ha provocado baja laboral en el paciente y reducción salarial repercutiendo en la unidad familiar* (ver gráfico 7.14), sólo en 7 pacientes (2,60%) si la ha provocado frente a un predominante *no* de 262 pacientes que alcanza el 97,40%, algo que no es de extrañar si tenemos en cuenta que la muestra estudiada está formada por pacientes comprendidos en un intervalo etario mayoritario de 76-90 años, un 57,80% de personas jubiladas, y un 32,36% de amas de casa como hemos visto anteriormente.

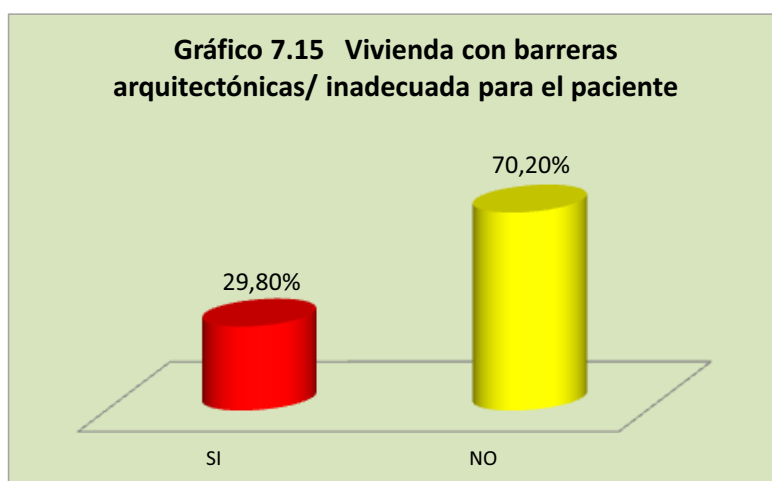


*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

#### 4.4 Área vivienda/domicilio del paciente:

En lo que concierne a la vivienda/domicilio del paciente, hay que especificar que no ha sido contestada cuando el paciente ha estado institucionalizado en residencia, ya que aunque entendemos que es su domicilio habitual, estos centros generalmente ya están adaptados a las necesidades de las personas mayores (mobiliario ergonómico, baño geriátrico, cama articulada, etc), y por lo tanto, no se ha considerado necesario responder si el paciente al alta regresaba a ellos.

En relación a esta variable, 144 pacientes (70,20%) si han contado con una vivienda adaptada y adecuada tras la enfermedad, respecto a 61 pacientes (29,80%) que no la han tenido como muestra el gráfico siguiente:



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

En cuanto a *¿Qué tipo de barrera o aspecto inadecuado de la vivienda existe?* El 57,14% ha manifestado que vive en una casa unifamiliar/chalet de varias plantas con escaleras interiores, que son necesarias subir para acceder a las



plantas superiores que es donde suelen encontrarse las habitaciones, le seguirían en segundo lugar (34,92%), aquellos pacientes que viven en un piso (2º, 3º, 4º) sin ascensor, la vivienda es inadecuada porque el paciente vive en el campo o porque el paciente está en situación de calle, ambas respuestas con un 3,17%, y por último, con un 1,58% la vivienda no tiene el baño adaptado a la nueva situación de dependencia del paciente. Señalar que los casos que se han atendido de pacientes en situación de calle, todos han correspondido a un perfil de paciente con trastorno mental hospitalizado en la Unidad de Psiquiatría.

EEP/F (44): *“Vivo en un 2º piso sin ascensor y apenas puedo andar”.*

EEP/F (169): *“Vive cuidando una finca en el campo, ahora con la parálisis de su lado izquierdo va a ser difícil que pueda andar por allí. Perderá el trabajo”.*

EPP/F (206): *“Tengo una casa de dos plantas con escaleras para subir a la de arriba, las habitaciones están en la planta superior y apenas puedo subirlas”.*

Respecto al *Tipo de solución* cuando han existido barreras arquitectónicas y/o vivienda inadecuada, como puede observarse en la tabla 7.15, prácticamente casi todos los entrevistados han respondido Otros (tipos de solución) en un 85,30%, le seguirían en orden decreciente los que han respondido que el paciente realizará reforma para adaptar el domicilio (pagada por él) en un 7,40%, seguido de los que los familiares pagarán la reforma (hijo/s, familiares) para adaptar el domicilio 5,90%, y en último lugar, los casos en los que el paciente solicitará la ayuda existente en la Comunidad de Madrid para adaptar su domicilio (1,5%).

Tabla 7.15 Tipo de solución		
	Frecuencia	% válido
El paciente realizará reforma para adaptar el domicilio (pagada por él)	5	7,4
Los familiares pagarán la reforma (hijo/s, familiares) para adaptar el domicilio	4	5,9
El paciente solicitará la ayuda existen en la Comunidad de Madrid para adaptar su domicilio	1	1,5
Otros	58	85,3
Total	68	100,0

*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Analizadas las respuestas de la categoría *Otros* (85,30%), existe un claro predominio de respuestas que afirman que no pondrán ningún tipo de solución y que se las arreglarán como puedan evitando que el paciente salga de casa durante el periodo de convalecencia (48,27%), en segundo lugar afirman que adaptarán la planta baja de la casa o habilitarán una cama en la planta baja (20,68%), en tercer lugar solicitarán recurso social bien residencia de estancia temporal o Servicio de Ayuda a Domicilio (12,06%), en cuarta opción el paciente intentará subir las escaleras despacio y como pueda (8,62%), en quinto lugar nos encontramos dos opciones de respuesta con igual porcentaje de respuesta (3,44%) en las que el paciente al alta hospitalaria irá a vivir a casa de un hijo/a o contactará con Servicios Sociales de zona para valorar alternativas, y en último lugar, nos encontramos otras dos opciones con igual porcentaje de respuesta (1,72%), en las que han manifestado que buscarán alojamiento o no saben aún lo que harán.

EEP/F (155): *“No bajará del piso y saldrá a la calle hasta que pueda bajar las escaleras y se encuentre bien”.*

EEP/F (172): *“Intentará no salir de casa hasta que esté prácticamente recuperado”.*

EEP/F (245): *“Subirán como puedan el primer día, y si lo suben los de la ambulancia hasta la segunda planta de la casa de ahí no se moverá”.*

EEP/F (255): *“Vamos a bajar la cama a la planta baja para que no tenga que subir escaleras que no puede”.*

Hemos querido conocer también, si el haber desarrollado por parte del paciente algún grado de dependencia tras la enfermedad, ha influido en tener una casa inadecuada o con barreras arquitectónicas de cara al alta hospitalaria. Como podemos ver reflejado en la siguiente tabla de datos cruzados (7.16), el 86,88% de los pacientes que han contado con una vivienda inadecuada y/o con barreras arquitectónicas de cara al alta hospitalaria, han desarrollado una mayor dependencia tras la enfermedad, es decir en casi 9 de cada 10 pacientes.

Analizada la posible asociación entre ambas variables, *habilidades y competencias del paciente tras la enfermedad* y la variable *vivienda con barreras arquitectónicas y/o vivienda inadecuada para el paciente tras la enfermedad*, los resultados reflejan diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ), por lo que se puede afirmar que existe dependencia entre ambas variables.

**Tabla 7.16 Habilidades y competencias del paciente en las ABVD tras la enfermedad y vivienda con barreras arquitectónicas y/o vivienda inadecuada tras las enfermedad.**

		Habilidades y competencias del paciente en las ABVD tras la enfermedad					
		Mayor dependencia		Igual dependencia		El paciente es IABVD y no desarrolla DABVD tras la enfermedad	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
Vivienda con barreras arquitectónicas y/o vivienda inadecuada para el paciente tras la enfermedad	Si	53	86,88	5	8,19	3	4,91
	No	74	51,38	44	30,55	26	18,05
Test Chi cuadrado $p < 0,05$ .							

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Respecto a la variable *el paciente no tiene domicilio y necesita centro para su periodo de recuperación*, cuya distribución queda reflejada en la siguiente tabla (7.17), observamos que sólo el 1,90% no ha contado con domicilio respecto a un 98,10% de pacientes que si lo ha tenido, además no se observan grandes diferencias entre sexos.

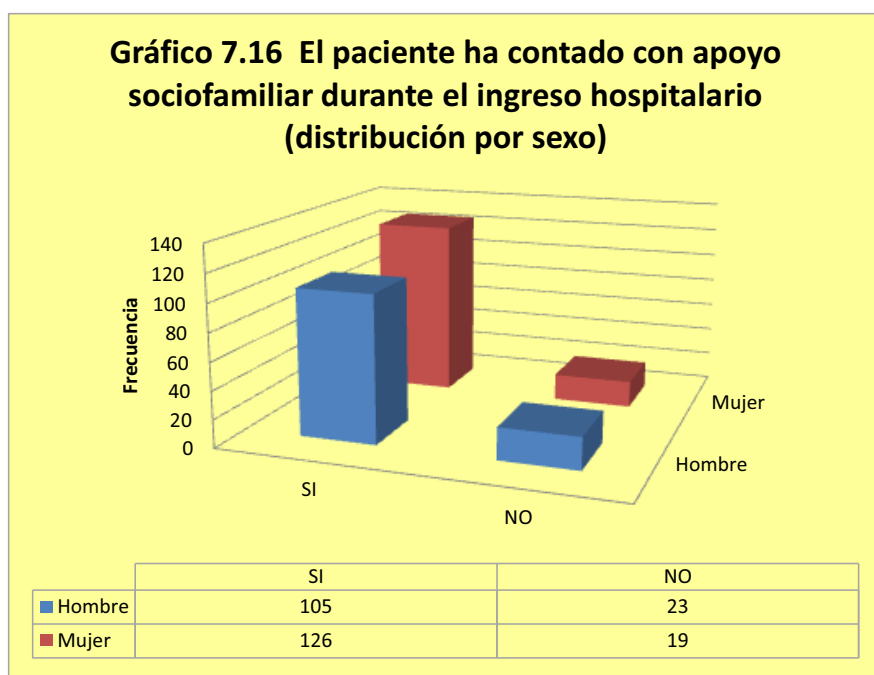
Tabla 7.17 El paciente no tiene domicilio y necesita centro para su periodo de recuperación				
		Sexo		Porcentaje válido
		Hombre (Fr)	Mujer (Fr)	
Si tiene		120	142	98,10
No tiene		3	2	1,90
No contestado/ausencia de valor		-----	-----	8
Total		123	144	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

En caso de no tener domicilio y preguntar *¿Quién se lo proporcionará?*, hay que decir que habido heterogeneidad de respuestas aún siendo una representación muy pequeña. El paciente ha manifestando que se lo buscará el trabajador social del hospital, Servicios sociales, Emergencias sociales, o algún familiar.

#### 4.5 Área relacional/red social del paciente:

Como podemos observar a continuación en el siguiente gráfico (7.16), en relación a si *el paciente ha contado con apoyo sociofamiliar durante el ingreso hospitalario*, vemos claramente que predominan los pacientes que si han contado con apoyo, 231 (84,60%), respecto a 42 pacientes (15,40%) que no han tenido. Si comparamos entre sexos, las mujeres han contado con un mayor apoyo sociofamiliar durante su ingreso hospitalario que los hombres.



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Con respecto a esta variable, en caso de no haber contado con apoyo sociofamiliar durante el ingreso hospitalario, se ha preguntado al paciente *¿Por qué?*, y los resultados muestran que el 29,03% es porque no tienen familiares, en el 25,80% de los casos los familiares trabajan y no pueden acudir a verlos, el 19,35% no tiene relación con sus familiares (principalmente hijos, seguido de hermanos y sobrinos), en el 12,90% los familiares viven fuera de Madrid y no pueden desplazarse a verlos, el 6,45% de los pacientes desconoce porque no han acudido a verlos, y con un porcentaje del 3,22% tenemos dos tipos de respuesta: los familiares tienen problemas de salud y no pueden acudir al hospital, e ingreso del paciente por maltrato psicológico de sus familiares directos con los que convive, y como es lógico, estos no han acudido a verle.

EPP/F (56): *“Soy de Rumanía y aquí no tengo familiares”.*

EEP/F (68): *“Mi esposa tiene problemas de salud y no puede venir a verme. No tenemos hijos. Tengo una sobrina que acude algún rato si puede”.*

EPP/F (207): *“Mi esposa no puede venir porque tenemos un hijo dependiente que no puede dejar solo, y mis otros hijos trabajan”.*

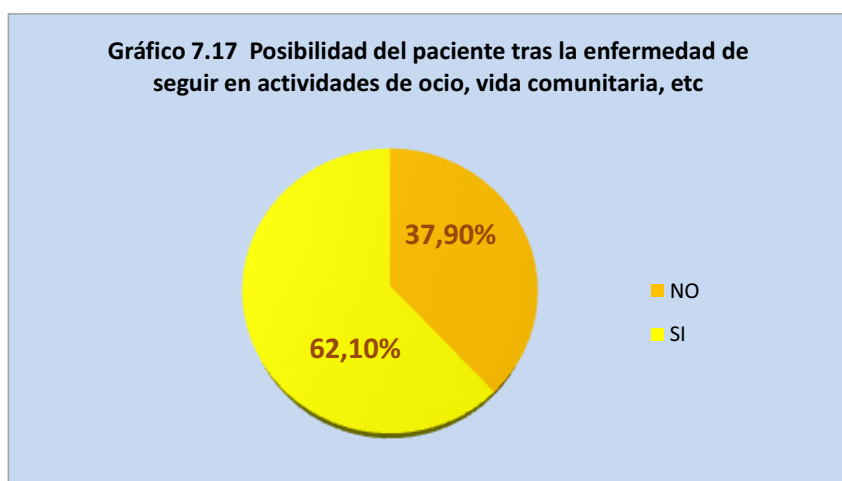
EPP/F (208): *“No tengo mucha relación con mis hijos, y mi pareja tiene problemas de movilidad y sale poco de casa”.*

EPP/F (263): *“Porque no tengo a nadie”.*

En relación a la variable *posibilidad del paciente tras la enfermedad de seguir en actividades de ocio, vida comunitaria, etc.*, cabe señalar que sólo se ha tenido en cuenta el hecho de que la enfermedad haya sido la causante de no

poder seguir en actividades de ocio y vida comunitaria, no haciéndose distinción entre aquellos pacientes que tras el ingreso hospitalario (del periodo de estudio) no podrán seguir realizando actividades, de aquellos que anteriormente al ingreso hospitalario ya no las podían realizar, pero siempre debido a la enfermedad.

Como queda reflejado en el siguiente gráfico, 164 pacientes (62,10%) si podrán seguir y realizar actividades de ocio, vida comunitaria, etc, respecto a 100 pacientes (37,90%), que ya no las podrán seguir haciendo.



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

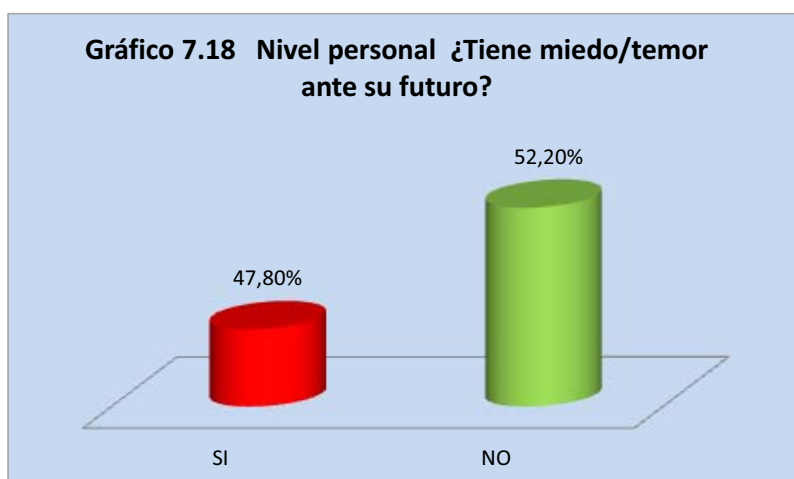
Analizada esta variable por sexos, observamos que en relación a los pacientes que *si* van poder seguir en actividades de ocio, vida comunitaria, etc., predominan ligeramente los hombres con 85 casos (51,82%) respecto a las mujeres con 79 casos (48,18%). Sin embargo, cuando hablamos de *no* poder seguir realizando actividades, observamos que hay un porcentaje superior de mujeres con 61 casos (61%) que no podrán seguir realizándolas,

respecto a los hombres, que han representado 39 casos (39%). Entendemos que esto puede explicarse si tenemos en cuenta, que las patologías que mayor grado de dependencia generan son las osteo-articulares, existiendo un mayor predominio de mujeres que las padecen.

## 5. Repercusiones a nivel personal y familiar de la enfermedad:

### 5.1 Nivel personal:

Ante la pregunta *¿Tiene miedo/temor ante su futuro?*, del total de pacientes que han respondido a la pregunta (186), 97 pacientes (52,20%) han manifestado que no tenían miedo/temor respecto a 89 (47,80%) que si ha manifestado tenerlo, distribución que podemos apreciar en el siguiente gráfico 7.18. Si comparamos en razón de sexo, los hombres han manifestado tener menos miedo/temor ante su futuro tras una enfermedad que las mujeres (55,67% vs 44,32% respectivamente).



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)



En caso afirmativo, el paciente ha respondido en primer lugar (48,71%) que tiene miedo a las secuelas de la enfermedad (no poder volver a caminar, no poder valerse por sí mismo y necesitar ayuda de los demás, o no recuperarse del todo y no volver a estar como antes de sufrir la enfermedad). En segundo lugar, con un 37,17% no acabar de encontrarse bien y no querer ser una “carga/problema” para sus familiares (principalmente hijos). En tercer lugar (8,97%), los pacientes atendidos se encontraban muy bajos de ánimo, deprimidos y sin ganas de vivir, y en cuarto lugar, los sujetos tenían miedo porque tenían una enfermedad terminal y sabían que les quedaba poco tiempo de vida (5,12%). A continuación exponemos algunas de las respuestas manifestadas por los pacientes:

EEP/F (116): *“Porque cuando me den el alta no sé quien me va a cuidar, y quién va a cuidar de mi marido, ya que es dependiente desde que le dio un ictus cerebral hace unos años”.*

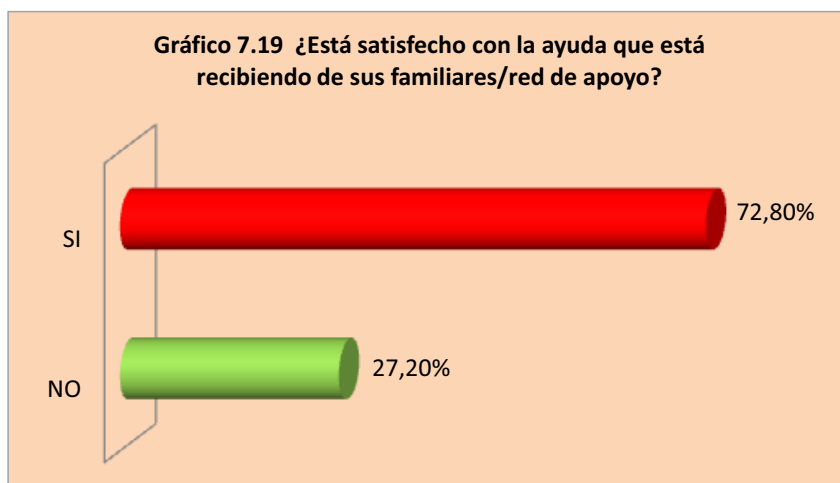
EPP/F (147): *“Porque la amputación de las falanges del dedo de mano ha sido más de lo que me esperaba y tengo miedo de que la infección me vaya a más y me tengan que amputar más parte”.*

EEP/F (169): *“No tengo ganas de vivir, quiero desaparecer del mundo”.*

EPP/F (177): *“Cada vez me cuesta más respirar, hacer las cosas y aunque estoy en la residencia no quiero ser una carga para mis hijos”.*

EPP/F (243): *“No por mí, sino porque si me pasa algo mi esposa es semi-dependiente y aparte tenemos un hijo enfermo”.*

En relación a la variable *¿Está satisfecho con la ayuda que está recibiendo de sus familiares/red de apoyo?*, cuya distribución podemos ver reflejada en el siguiente gráfico, 131 pacientes (72,80%) han manifestado que si se sentían satisfechos, respecto a 49 pacientes (27,20%) que han exteriorizado no estarlo.



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Al preguntarles a los pacientes el motivo de no estar satisfechos, estos han respondido en elevadísimo porcentaje (76,47%) que era porque apenas acudían sus familiares a verles o no los habían visitado en ningún momento durante todo el periodo de hospitalización, y el 23,53% ha comentado no tener a nadie, verse solo, y ha manifestado estar replanteándose su vida:

EEP/F (164): *“Porque me gustaría que vinieran a verme pero mi esposa no puede venir sola desde el pueblo y mi hijo trabaja”.*

EEP/F (225): *“Fuera del hospital la ayuda por parte de mis hijos y nietos es muy buena, pero en el hospital no porque tienen que cuidar a mi esposa y no pueden venir”.*

EEP/F (251): *“Porque tengo seis sobrinos pero sólo han venido dos a verme y estoy disgustada por ello”.*

EEP/F (263): *“Porque no tengo familiares, y los vecinos y amigos vienen muy poco, sólo cuando pueden”.*

## 5.2 Nivel familiar:

El área familiar ha estado estructurado en 6 preguntas diferentes, pero en relación a ellas, hay que especificar que no han sido contestadas cuando no han existido familiares, ni tampoco cuando el paciente ha estado institucionalizado en residencia o ha contado con una cuidadora 24 horas en el domicilio, ya que en estos tres supuestos los familiares no iban a ser las personas cuidadoras del paciente al alta hospitalaria, aunque en los dos últimos supuestos, si se ha realizado la pregunta *E) Tiene miedo/temor ante el futuro de su familiar.*

Es importante tener esto en cuenta a la hora de observar las tablas que a continuación se exponen, ya que el total de los resultados de cada variable solo incluirá los que han obtenido respuesta y no el total de la muestra. También es necesario especificar que no se hará comparación entre géneros, ya que no se ha registrado el género de la persona familiar que ha contestado.

En cuanto a la variable *¿Piensa que debido al tiempo que va a tener que dedicar al paciente tras su enfermedad no va a tener tiempo para usted?*, el 23,60% ha respondido afirmativamente, respecto a una amplia mayoría que ha respondido que *no* piensa que el cuidado de un familiar le vaya a dejar sin tiempo personal (76,40%). La distribución y frecuencia de esta variable podemos verla a continuación en la siguiente tabla:

**Tabla 7.18 ¿Piensa que debido al tiempo que va a tener que dedicar al paciente tras su enfermedad no va a tener tiempo para usted?**

	Frecuencia	% válido
<b>Si</b>	42	23,6
<b>No</b>	136	76,4
<b>Total</b>	178	100,0

*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

En relación a los familiares que han respondido afirmativamente, al preguntarles *¿Por qué pensaban o creían que iba a ser así?*, el 56,09% ha expresado que iban a tener que estar casi las 24 horas pendientes del paciente (ayudarle en todas o casi todas las ABVD, tendrían que dejar sus domicilios (principalmente hijos) para ir a la casa del paciente por temporadas), el 24,39% ha manifestado que trabaja y el tiempo libre que hasta ahora les queda lo iban a tener que dedicar al cuidado de su familiar, el 14,63% ya cuida a otro familiar, y el 4,87% ha manifestado no poder más con la situación de cuidados al paciente (claudicación familiar).

EEP/F (112): *“Porque hasta ahora la paciente que es mi madre y mi padre vivían solos, al alta me tendré que hacer cargo de los dos”.*

EEP/F (189): *“Porque trabajo casi todo el día, y ahora cuando llegue por la noche voy a tener que estar pendiente de él”.*

EEP/F (192): *“Porque antes la paciente vivía por temporadas con los cuatro hijos, ahora desde este ingreso, cada hijo se va a tener que ir a casa de la paciente cuando les toque”.*

EEP/F (241): *“Porque casi me dedico por completo a sus cuidados”.*

Respecto a la variable *¿Se siente agobiado/a o estresado/a al intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con su vida familiar, laboral, estudios?* como muestra la tabla 7.19, el 31,20% de los familiares se siente agobiado o estresado, respecto a un 68,80% de los familiares que no se siente así al tener que compatibilizar el cuidado de su familiar con las actividades de su vida diaria.

Tabla 7.19 <i>¿Se siente agobiado/a o estresado/a al intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con su vida familiar, laboral, estudios?</i>		
	Frecuencia	% válido
<b>Si</b>	55	31,2
<b>No</b>	121	68,8
<b>Total</b>	176	100,0

*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Entre los familiares que han manifestado que si se sentían agobiados o estresados, al preguntarles *¿Por qué?*, estos han comentado en más de la mitad de los casos (55%), que no sabían cómo se iban a organizar cuando le dieran al paciente el alta hospitalaria, ni cómo se iban a adaptar a la nueva situación, algunos han comentado que estaban trabajando y no iban a poder atender a su familiar como querían, circunstancia que les ocasionaba aún más angustia y malestar. El 15% indicó que estaban cuidando a otra persona, un 12,5% que no creían que pudieran con todo (trabajo, casa, hijos, etc.), el 7,5% que llevaban bastante tiempo con esta situación, y por último, el 5% manifestó que el paciente cada vez necesitaba más cuidados, y otro 5% que ya había ocasiones en las que no les daba tiempo a todo, y ahora con esta situación menos.

EEP/F (167): *“Porque la paciente ahora mismo necesita una vigilancia las 24 horas que yo no le puedo dar, y tengo miedo de lo que me pueda encontrar al llegar a casa”.*

EEP/F: (192): *“Porque no sabemos cómo vamos a compatibilizar el cuidado de nuestra madre en su casa, y nuestra propia casa, trabajo, familias...”.*

EEP/F (211): *“Porque al trabajar ambos hijos la podemos cuidar solo una parte del día, el resto no sabemos qué vamos a hacer y esto nos angustia”.*

EEP/F (243): *“Un poco, porque no solo es el paciente sino también es mi madre y me hermano. Hasta ahora de mi padre no teníamos que encargarnos”.*

Como muestra a continuación la siguiente tabla (7.20), el 71% de los familiares se siente preparado para brindar la ayuda que van a necesitar el paciente tras la enfermedad, respecto a un 29,0% que ha manifestado que no se siente preparado.

Tabla 7.20 ¿Se siente preparado para brindar esa ayuda?		
	Frecuencia	% válido
<b>Si</b>	125	71,0
<b>No</b>	51	29,0
<b>Total</b>	176	100,0

*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

De igual modo, al preguntarles el motivo de *¿Por qué no se sentían preparados?*, un elevado porcentaje (41,86%) ha especificado que tenía problemas de salud, era mayor de 75 años o su propia complexión física les impedía mover al paciente para asearle, curarle, etc., y proporcionarle los posibles cuidados sociosanitarios que pudiera requerir el paciente en el domicilio. El 16,27% ha manifestado que no sabía si iba a saber atender y cuidar al paciente, otro 16,27% ha comentado que el paciente necesitaba unos cuidados que ellos no le iban a poder proporcionar, el 13,95% afirmaba que el paciente tenía más enfermedades que la del motivo de hospitalización y no se sentían preparados para brindarle la ayuda que requería, y en último lugar, con un 11,62 % existía claudicación familiar.

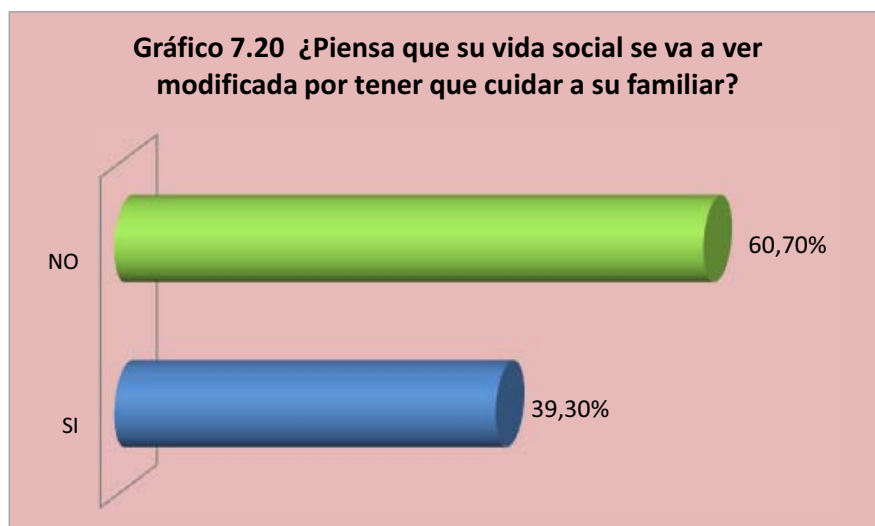
EEP/F (25): *“Porque debido a la demencia que tiene mi madre más ahora la fractura de la cadera, me va a ser imposible cuidarla”.*

EEP/F (210): *“Porque yo tengo un brazo que no puedo utilizar, está inmóvil y no puedo ayudar a mi marido a moverse”.*

EEP/F (219): *“Porque tiene un problema importante de alcoholismo, y yo no me veo capaz de soportar más la situación”.*

EEP/F (245): *“Porque si hay que moverla o llevarla al baño, yo no puedo con ella”.*

En cuanto a la variable, *¿Piensa que su vida social se va a ver modificada por tener que cuidar a su familiar?*, 68 de los familiares entrevistados (39,30%), si cree que su vida social se va a ver modificada mientras que un elevado porcentaje de familiares, 105 (60,70%) ha manifestado que no, como podemos observar a continuación de forma gráfica:



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

En caso de haber contestado afirmativamente, se les preguntó a los familiares *¿En qué?*, siendo la respuesta de mayor porcentaje *Otros* (44,60%), seguida en orden decreciente de *Ocio* (29,70%), *Aficiones* (14,90%), y *Deporte y actividades al aire libre* (10,80%), cuya distribución puede observarse en la tabla 7.21. En cuanto a las respuestas de la categoría *Otros*, el 64,10% ha expresado que no iba a tener tiempo para sí mismo/a, tiempo personal para estar con la familia, para hacer sus cosas y llevar su casa, el 33,33% ha manifestado que su vida social se iba a modificar en todo (no solo en una categoría), y el 2,56% que iba a repercutir en su economía y por lo tanto, en su vida social.



Tabla 7.21 En caso de ser afirmativa la pregunta anterior ¿En qué?		
	Frecuencia	Porcentaje válido
Ocio	22	29,7
Deporte y actividades al aire libre	8	10,8
Aficiones	11	14,9
Otros	33	44,6
Total	74	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Se preguntó también a los familiares si *tenían miedo/temor ante el futuro de su familiar*, respondiendo en 97 casos (44,50%) que si lo tenían, respecto a 121 casos (55,50%) en los que respondieron que no. En caso de responder afirmativamente se les preguntó *¿Por qué?*, respondiendo el 42,85% que a su familiar le quedaba poco tiempo de vida, tenía mal pronóstico, su enfermedad era grave e incluso que en algunos momentos durante la hospitalización habían temido por su vida, el 33,76% contestó que en cada ingreso hospitalario el deterioro del paciente iba en aumento, había dado “un bajón”, y necesitaba más ayuda para sus ABVD, el 22,07% no sabía cómo iba a quedar el paciente tras la enfermedad, ni sus secuelas, riesgos de la intervención quirúrgica, etc., y en último lugar, con un 1,29% los familiares manifestaron que las visitas al hospital cada vez eran más frecuentes. Algunas de las respuestas que dieron se exponen a continuación:

EEP/F (55): *“En diferentes ocasiones durante este ingreso pensábamos que no salía porque se ha puesto muy malo”.*

EEP/F (144): *“En el último mes ha pegado un bajón, caminaba y ya no, su vida se ha reducido a estar en la cama o el sillón, lo veo francamente mal”.*

EEP/F (200): *“Porque nos ha dicho la doctora que quizás no salga”.*

EEP/F (213): *“Ha venido muy mal, casi inconsciente y no sabemos cómo va a quedar si sale”.*

En relación a la última variable del área familiar, *¿Considera que su salud puede verse perturbada al tener que cuidar al familiar convaleciente?*, cuya distribución queda claramente reflejada en el siguiente gráfico (7.21), 42 familiares (23,0%) han contestado que si, respecto a 141 (77,0%) que han manifestado que no consideraban que su salud pudiera resentirse.



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Al preguntar a los familiares que habían respondido afirmativamente el *¿Por qué?*, éstos manifestaron en un 47,22% tener problemas de salud (dolores de espalda, rodilla, brazos, patología cardíaca) o tener que hacer un gran esfuerzo físico para poder mover al paciente y proporcionarle los cuidados

que necesitaba, el 36,11% comentó que la hospitalización y la enfermedad del paciente les estaba agobiando, estresando, preocupando y apenas podían dormir, y en un 16,66%, manifestaron claudicación familiar y escasa relación con otras personas al tener que cuidar al familiar enfermo.

EEP/F (124): *“Porque tengo un problema cardiaco, no debería coger peso, pero soy el cuidador principal y lo tengo que hacer”.*

EEP/F (135): *“Al no salir de casa y dedicarme al cuidado de él he caído en una depresión”.*

EEP/F (211): *“Porque hay que moverla a pulso y la espalda se resentirá”.*

EEP/F (223): *“Porque esta situación me está generando mucha preocupación y nervios”.*

## **6. Planificación del alta hospitalaria:**

Una vez analizadas las variables sociodemográficas del paciente, sus características sanitarias, necesidades sociales y repercusiones a nivel personal y familiar tras una enfermedad, llega el momento de la planificación del alta hospitalaria, es decir, de valorar y determinar cuál será la ubicación más adecuada del paciente al salir del hospital, teniendo en cuenta las necesidades y los cuidados sociosanitarios que puede requerir, la previsión realizada por los profesionales sanitarios sobre su evolución clínica, y la preferencia del paciente y/o familiares.

Con respecto a este apartado, hay que especificar que las variables que a continuación se detallan, únicamente han sido contestadas cuando ha existido necesidad real de gestionar algún tipo de recurso o apoyo para el paciente de

cara al alta hospitalaria: 1) Recurso más adecuado para la ubicación del paciente al alta propuesto por el profesional, 2) Recurso preferido por el paciente/familiares para la ubicación del paciente al alta, y 3) Ubicación final del paciente al alta.

En relación a la necesidad de gestionar algún tipo de recurso /apoyo de cara al alta hospitalaria, los datos analizados muestran que sólo ha sido necesario gestionar algún tipo de recurso o apoyo en 91 pacientes (33,80%), respecto a 178 pacientes (66,20%) en los que no ha sido necesario gestionar ninguno. Si hacemos una comparativa en razón del sexo del paciente, observamos que no se existe mucha diferencia a la hora de necesitar la gestión de un recurso o apoyo de cara al alta hospitalaria, siendo ligeramente superior en mujeres con 47 casos (51,64%), respecto a los hombres, 44 casos (48,35%), resultados que podemos ver reflejados en el siguiente gráfico:



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Decir que tanto los datos de la distribución de esta variable como de su comparativa en razón del sexo del paciente nos han sorprendido. En primer lugar, porque sólo ha existido necesidad de gestionar algún tipo de recurso/ayuda de cara al alta en el 33,80% de los pacientes, sin embargo, la enfermedad había producido en más de la mitad de la muestra (54,18%) mayor dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Este menor porcentaje nos ha hecho plantearnos, que quizás no se hayan buscado y gestionado ayudas o recursos a todos aquellos pacientes que de cara al alta realmente lo necesitaban. También pensamos, que este menor porcentaje se podría explicar si tenemos en cuenta, que un 21,45% de los pacientes estudiados están institucionalizados en residencias y no necesitan buscar recurso de cara al alta, ya que es frecuente que estos centros sociosanitarios suelen contar con personal específico para continuar con los cuidados que pueda necesitar el paciente como por ejemplo: tratamiento rehabilitador, cuidados de úlceras, y sobre todo, infraestructuras e instalaciones adaptadas al grado de dependencia que pueda tener la persona.

Para comprobar este segundo supuesto, se han cruzado los datos de las variables *¿Existe necesidad de gestionar recurso/apoyo de cara al alta hospitalaria?* y *unidad convivencial*. Los resultados muestran, que de los pacientes que han necesitado gestionar algún tipo de recurso, el porcentaje mayoritario de pacientes vive con su cónyuge (41,75%), seguido de los que viven con hijos (28,57%) y de los que viven solos (13,18%), representado los que viven en residencia el sólo 2,19%. Por lo tanto, podemos afirmar que el alto porcentaje de pacientes que vive en residencia ha disminuido el hecho de tener gestionar recurso de cara al alta hospitalaria. Analizada la posible asociación entre ambas variables, los resultados reflejan diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ), por lo que se puede afirmar que existe dependencia entre ambas variables.

En segundo lugar, nos ha llamado la atención que haya existido un porcentaje muy similar entre mujeres y hombres a la hora de necesitar algún tipo de ayuda/recurso de cara al alta. En principio, porque las patologías que mayor grado de dependencia generan son las osteo-articulares y han sido desarrolladas mayoritariamente por mujeres, y siguiendo en esta misma línea, ha sido inferior el porcentaje de mujeres respecto a los hombres que han sido independientes para las actividades básicas de la vida diaria de cara al alta o no han desarrollado una mayor dependencia tras la enfermedad (40,54 % vs 59,45% respectivamente), por lo tanto, cabría esperar un mayor número de mujeres “necesitadoras” de recurso respecto a los hombres. Pensamos que su explicación puede deberse a que hay un mayor porcentaje de mujeres respecto a hombres que están institucionalizadas en residencia (62,71% vs 37,28% respectivamente) y por lo tanto, han necesitado una menor gestión de recurso al alta.

No obstante, se han cruzado los datos de las variables *¿Existe necesidad de gestionar recurso/apoyo de cara al alta hospitalaria?* y *Habilidades y competencias en las ABVD tras la enfermedad*, cuyos resultados muestran que cuando ha existido la necesidad de gestionar un recurso/ayuda de cara al alta hospitalaria, en el 71,11% de los casos ha existido una mayor dependencia tras la enfermedad, en el 15,55% igual dependencia y en el 13,33% ningún tipo de dependencia. Analizada la posible asociación entre ambas variables, los resultados reflejan diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ), por lo que se puede afirmar que existe dependencia entre ambas variables.

En relación a la variable *recurso más adecuado para la ubicación del paciente al alta propuesto por el profesional* (médico, enfermero/a, trabajador social), cuya distribución queda reflejada en la siguiente tabla (7.22), podemos observar que en primer lugar estaría el hospital de media/larga estancia, seguido en porcentaje decreciente del alta al domicilio con algún tipo de

ayuda domiciliaria, la categoría *Otros* correspondiente a hostales, albergues, centros de acogida y Unidades de Deshabitación Alcohólica, las residencias para mayores de estancia temporal, y por último, alta al domicilio con seguimiento por el Centro de Salud Mental.

Tabla 7.22 Recurso propuesto por el profesional		
	Frecuencia	Porcentaje válido
Hospital de media/larga estancia	28	30,10
Domicilio habitual	25	26,90
Domicilio con algún tipo de ayuda domiciliaria	22	23,70
Otros	10	10,80
Residencia de estancia temporal	7	7,50
Domicilio: seguimiento por el C.S. Mental	1	1,10
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Respecto a esta variable existen diferencias en razón del sexo del paciente fundamentalmente en dos tipos de ubicaciones del paciente al alta: los hospitales de media/larga estancia y el domicilio habitual con algún tipo de ayuda. Si bien en el primer recurso, el 60,70% son hombres respecto a un 39,28% mujeres, en el segundo recurso, el 68,18% estaría formado por mujeres y el 31,81% por hombres. Esto llama la atención, si tenemos en cuenta que las mujeres tras la enfermedad han desarrollado un mayor grado de dependencia fundamentalmente debido al padecimiento de enfermedades osteo-articulares.

La experiencia diaria de la doctoranda puede advertir que esta diferencia puede deberse al Servicio médico a cargo del paciente, ya que unos profesionales suelen optar más por la derivación del paciente a un hospital de media/larga estancia frente a otros que suelen optar más al alta por el domicilio, domicilio con algún tipo de ayuda domiciliaria o residencia de

estancia temporal (una vez que ha sido conjuntamente valorada la patología/motivo de ingreso, evolución clínica y situación sociofamiliar del paciente). Para analizar esta posible relación se han cruzado las variables *Servicio médico a cargo del paciente y Recurso más adecuado para la ubicación del paciente al alta propuesta por el profesional*, cuyos resultados se muestran a continuación en la siguiente tabla:

Tabla 7.23 Servicio médico a cargo de paciente y recurso propuesto por el profesional							
	Hospital/media larga estancia	Domicilio habitual	Domicilio con algún tipo de ayuda	Otros	Residencia temporal	Domicilio: seguimiento por el C.S.Mental	Total (%)
<b>Medicina Interna</b>	45,16	19,35	22,58	3,22	9,67	0	100
<b>Traumatología</b>	15,78	26,31	36,84	0	21,05	0	100
<b>Neurología</b>	63,63	9,09	0	9,09	18,18	0	100
<b>Cirugía General y Ap. Digestivo</b>	9,09	45,45	36,36	9,09	0	0	100
<b>Urgencias</b>	11,11	66,66	22,22	0	0	0	100
<b>Otros</b>	0	16,66	0	66,66	0	16,66	100
<b>Neumología</b>	33,33	33,33	33,33	0	0	0	100
<b>Geriatría</b>	50	0	0	50	0	0	100
<b>Urología</b>	0	0	100	0	0	0	100

*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)



Los datos efectivamente muestran una distribución desigual respecto a las diferentes alternativas de cara al alta hospitalaria, pudiéndose interpretar de estos resultados una tendencia de los profesionales de un determinado Servicio médico mayoritariamente hacia una u otra opción. Por ejemplo podemos observar, que los Servicios de Neurología y Medicina Interna optan mayoritariamente por un hospital de media/larga estancia, los Servicios de Urgencias y Cirugía General y Aparato Digestivo por el domicilio, y el Servicio de Traumatología por el domicilio con algún tipo de ayuda o por residencia de estancia temporal.

Respecto a la variable *recurso preferido por el paciente y/o familiares para la ubicación del paciente al alta*, en primer lugar estaría como anteriormente el hospital de media/larga estancia, seguido en porcentaje decreciente del domicilio con algún tipo de ayuda domiciliaria, la residencia de estancia temporal, el domicilio habitual (correspondería a casos en los que los profesionales han aconsejado un recurso pero el paciente y/o familiares preferían ir al domicilio), la categoría *Otros* (pacientes/familiares que han respondido que aún no sabían o recursos como albergues, centros de acogida, Unidades de Deshabitación Alcohólica, o alta al domicilio con rehabilitación ambulatoria), le seguiría el querer ir al alta al domicilio y continuar el seguimiento por Atención Primaria o el ESADP (Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria de Paliativos), y en último lugar, alta al domicilio y seguimiento por el Centro de Salud Mental. En esta variable hay que especificar, que no se ha podido hacer comparativa en razón de sexo porque no se ha registrado cuando la persona entrevistada ha sido un familiar. En la siguiente tabla (7.24) que a continuación se expone, podemos ver la distribución de esta variable:

Tabla 7.24 Recurso propuesto preferido por el paciente y/o familiares		
	Frecuencia	Porcentaje válido
Hospital de media/larga estancia	22	23,70
Domicilio con algún tipo de ayuda domiciliaria	21	22,60
Residencia de estancia temporal	20	21,50
Domicilio habitual	16	17,20
Otros	11	11,80
Domicilio: seguimiento por A. Primaria/ESAD	2	2,20
Domicilio: seguimiento por el C.S. Mental	1	1,10
Total	93	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

En cuanto a la variable *ubicación final del paciente al alta*, el porcentaje mayoritario ha correspondido al domicilio habitual, seguido del hospital de media/larga estancia, la residencia de estancia temporal, el domicilio con algún tipo de ayuda domiciliaria, la categoría *Otros* que ha correspondido a recursos de tipo albergue, centro de acogida, Unidad de Deshabitación Alcohólica, domicilio y seguimiento por el CAID (Centro de Atención Integral a Drogodependientes) o alta al domicilio con rehabilitación ambulatoria, le seguiría el alta al domicilio y seguimiento por Atención Primaria o el ESADP, y en último lugar, alta al domicilio y seguimiento por el Centro de Salud Mental.

En relación a esta variable, como observamos en la siguiente tabla 7.25, no han existido grandes diferencias en razón del sexo del paciente con respecto a las diferentes ubicaciones del paciente al alta hospitalaria, exceptuando la categoría *domicilio habitual con algún tipo de ayuda domiciliaria*, en la que hay un claro predominio del género femenino respecto al masculino.

Tabla 7.25 Ubicación final del paciente al alta en función del sexo				
	Sexo		Total (Fr)	%
	Hombre (Fr)	Mujer (Fr)		
Domicilio habitual	16	15	31	32,29
Hospital de apoyo de media y larga estancia	14	10	24	25,0
Residencia temporal	9	8	17	17,70
Domicilio habitual con algún tipo de ayuda domiciliaria	3	8	11	11,45
Otros	3	6	9	9,37
Domicilio: seguimiento por Atención primaria (Centro de Salud/ESAD)	2	1	3	3,12
Domicilio: seguimiento por el Centro de Salud Mental	0	1	1	1,04
Total	47	49	96	100

*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

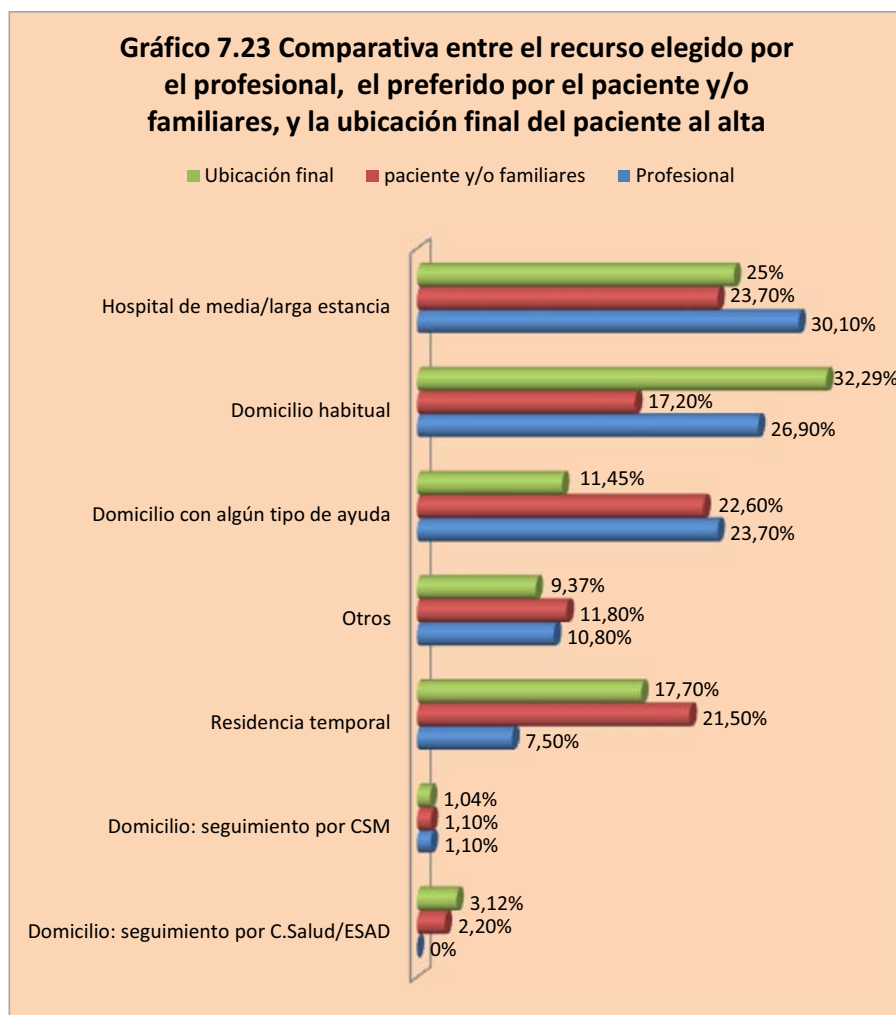
Los datos resultantes de esta variable nos hace plantear la necesidad de cambios urgentes en este contexto (ámbito sanitario), ya que si el recurso más adecuado para el paciente al alta propuesto por el profesional era el hospital de media y larga estancia, que coincidía con la preferencia del paciente y/o familiares, nos sorprende que al alta el paciente haya acabado mayoritariamente en su domicilio, cuando el 71,11% de los pacientes en los que ha existido necesidad de gestionar recurso han desarrollado una mayor dependencia tras la enfermedad, y además como ya vimos, un elevado porcentaje de la muestra resultante a estudio no contaba al alta con una vivienda adecuada o presentaba barreras arquitectónicas.

Teniendo en cuenta la experiencia de la doctoranda, esto puede explicarse mayoritariamente por la no concesión de plaza en el hospital de media/larga estancia, ya que aunque la recuperación funcional de una persona mayor tras un ingreso hospitalario es necesaria, normalmente los pacientes suelen

presentar enfermedades crónicas, con elevada prevalencia de pluripatología, comorbilidad, etc., cuyos cuidados necesarios suelen sobrepasar el motivo estricto por el que se les deriva (continuidad del tratamiento rehabilitador, cuidado de úlceras, cuidados continuados, etc). Estos pacientes suelen necesitar una gran demanda de cuidados y apoyos, precisando una atención sociosanitaria multidisciplinar integrada, conforme a sus necesidades y a la de sus familiares.

Pensamos que si los recursos necesarios para este tipo de pacientes disponibles en la sociedad actual fueran suficientes, sería menor el porcentaje de pacientes que al alta hospitalaria vuelven al domicilio para ser cuidados por sus familiares, disminuyéndose también la consiguiente sobrecarga que esto les supone. Debido a esto, creemos que la planificación del alta hospitalaria y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales (Atención Primaria, Atención Especializada, Servicios Sociales de Zona, etc), son primordiales para asegurar la continuidad de cuidados del paciente, además de contribuir a evitar prolongaciones hospitalarias, y reingresos no programados motivados por una posible inadecuada atención en los domicilios.

Para terminar de obtener una visión global de las tres variables analizadas en relación a los recursos/apoyos de cara al alta del paciente, se ha realizado un gráfico comparativo (7.23), que recoge el recurso propuesto por parte del profesional, el preferido por el paciente y/o familiares, y la ubicación final del paciente al alta, pudiéndose observar la desigual distribución entre ellos.

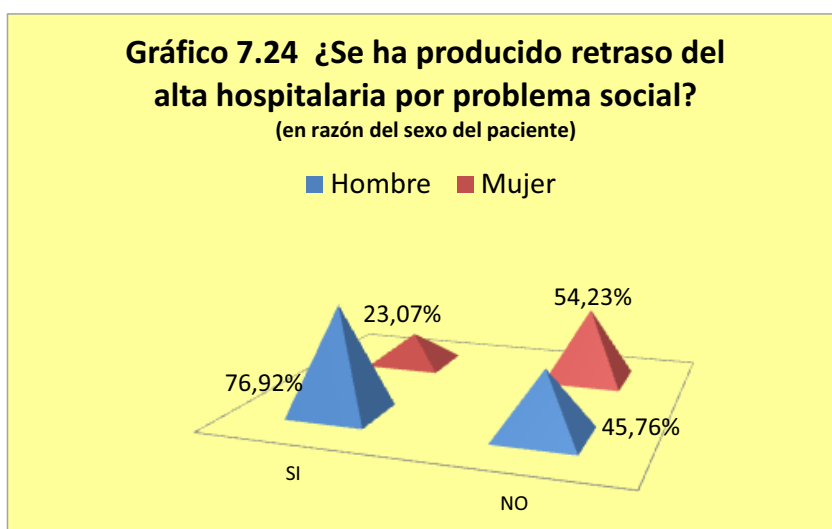


Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Respecto a la variable *¿Se ha producido retraso al alta hospitalaria por problema social?*, decir que sólo se han contemplado los casos en los que el paciente ya se podía marchar del hospital y ha habido que buscar en ese instante, alternativas sociales para darle el alta. No se han contemplado los

casos en los que durante la hospitalización, se ha tramitado derivación a un hospital de media/larga estancia porque al alta hospitalaria no estaba garantizada la continuidad asistencial del paciente, bien por falta de soporte sociofamiliar, acondicionamiento de la vivienda, falta de recursos económicos, claudicación familiar, etc., que viene a ser por problema social, pero en este caso resuelto por valoración médica. Tampoco se han contemplado los días de retraso que han supuesto.

Los datos analizados reflejan que sólo se ha producido retraso al alta hospitalaria por problema social en 13 pacientes, es decir, en el 4,8% del total de los casos. Si tenemos en cuenta el sexo del paciente, como podemos observar en el siguiente gráfico, hay un claro predominio de hombres respecto a las mujeres cuando ha existido retraso al alta:



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Podemos decir, que los motivos mayoritarios del retraso al alta se han debido a no tener alojamiento a donde ir/ estar en situación de calle (37,50%), los familiares no han querido llevarse al paciente o han querido retrasar la estancia (37,50%), se ha tenido que coordinar el caso con Servicios Sociales para buscar algún tipo de ayuda/recurso social (12,50%), y el paciente vivía sólo no pudiendo volver a su domicilio, teniéndose que valorar alternativas (12,50%).

Respecto a la variable *¿Cree usted como paciente que la duración de la estancia hospitalaria ha sido la adecuada?*, 101 pacientes (40,20%) han contestado que si, 17 pacientes (6,80%) han manifestado que no, y 133 (53,0%) han expresado que no sabían si la duración de su estancia había sido adecuada o no, diciendo que “eso era cosa del médico”. Como podemos ver a continuación en la siguiente tabla, ha sido ligeramente superior el porcentaje de hombres respecto al de mujeres tanto en la categoría del *SI* como en la del *NO*, siendo superior el porcentaje de mujeres en la categoría de la “indecisión”, no sabe/no contesta.

Tabla 7.26 ¿Cree usted como paciente que la duración de la estancia hospitalaria ha sido adecuada? (distribución en función del sexo)			
	Sexo		Total %
	Hombre %	Mujer %	
<b>SI</b>	52,47	47,52	100
<b>NO</b>	52,94	47,05	100
<b>NS/NC</b>	43,60	56,39	100

*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

A los pacientes que han contestado negativamente, se les ha preguntado *¿Por qué no creían que la duración de la estancia había sido adecuada?*, y su respuesta en el 100% de los casos ha sido la misma, “la hospitalización ha sido muy corta” (en todos los casos los pacientes habían sido operados y dados de alta a los pocos días).

EEP/F (4): *“La estancia ha sido muy corta, a las 48 horas de operarme me dan el alta”.*

EEP/F (42): *“El alta ha sido muy rápido, tres días después de la intervención”.*

EEP/F (203): *“Pienso que ha sido muy corta, me tendrían que dejar más tiempo, llevo 40 años cotizados a la Seguridad Social”.*

Como muestra la siguiente tabla de datos cruzados (7.27), entre las variables *Servicio médico* a cargo del paciente, y *¿Cree usted como paciente que la duración de la estancia hospitalaria ha sido la adecuada?*, analizando los Servicios médicos que mayor número de pacientes han atendido, considerando  $\geq 20$  pacientes, ya que una cifra inferior al tener un total de 275 casos, pensamos que tendría una escasa representatividad para el estudio de esta variable, observamos que el Servicio con el que el paciente ha estado más conforme ha sido Cirugía General y Aparato Digestivo, más disconforme con Traumatología, y en el que mayor número de pacientes ha expresado que no sabían si la duración hospitalaria había sido adecuada o no han contestado Medicina Interna. Es necesario especificar que todos los pacientes de la muestra han estado hospitalizados, y el Servicio de Urgencias aparece en la tabla porque es donde se realizó el primer contacto con el paciente y/o familiares por parte del trabajador social. Al subir a planta, los pacientes han pasado a cargo de otro Servicio médico que ha sido quien les ha dado de



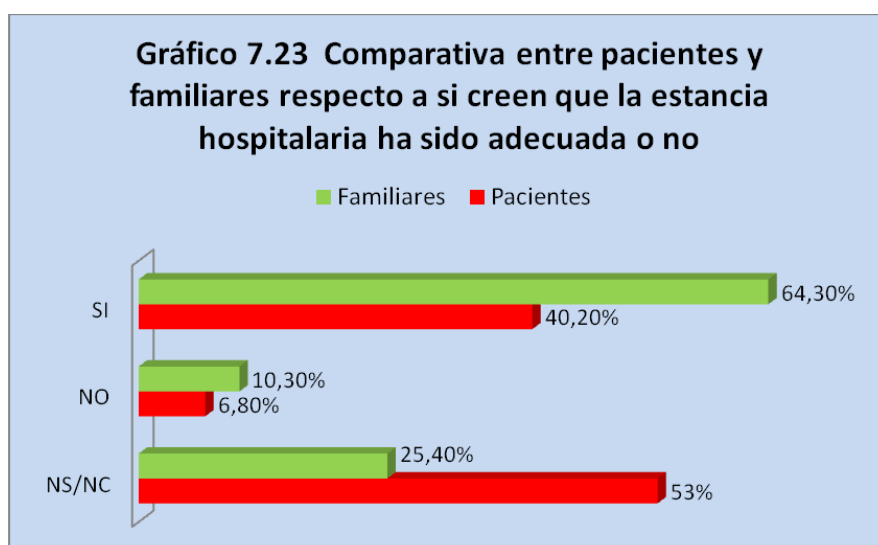
alta. Por lo tanto, Urgencias estaría excluido de esta conformidad/ disconformidad.

Tabla 7.27 Tabulación cruzada: Servicio médico a cargo del paciente durante su ingreso/ ¿Cree usted como paciente que la duración de la estancia hospitalaria ha sido adecuada?						
Servicio médico a cargo del paciente		Nº total pacientes atendidos por Servicio	¿Cree usted como paciente que la duración de la estancia hospitalaria ha sido adecuada?			
			Si (%)	No (%)	NS/NC (%)	Total (%)
	<b>Cirugía general y Aparato Digestivo</b>	<b>27</b>	<b>51,85</b>	<b>7,40</b>	<b>40,74</b>	<b>100</b>
	Urología	18	61,11	16,66	22,22	100
	Otros	7	42,85	0	57,14	100
	Digestivo	4	50,0	25,0	25,0	100
	Geriatría	5	60,0	0	40,0	100
	Ginecología y Obstetricia	1	100	0	0	100
	<b>Medicina Interna</b>	<b>77</b>	<b>32,46</b>	<b>1,29</b>	<b>66,23</b>	<b>100</b>
	Neumología	13	53,84	7,69	38,46	100
	Neurología	12	58,33	8,33	33,33	100
	<b>Traumatología</b>	<b>47</b>	<b>44,68</b>	<b>17,02</b>	<b>38,29</b>	<b>100</b>
	Urgencias	---	---	---	---	---

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

En lo relativo a la última variable de este apartado, *¿Cree usted como familiar que la duración de la estancia hospitalaria ha sido la adecuada?*, 144 familiares (64,3%) han creído que si, 23 familiares (10,30%) han expresado que no, y 57 (25,4%) han indicado que no lo sabían o no han contestado. Si analizamos estos datos en comparativa con lo que han manifestado los pacientes, como podemos observar en el gráfico siguiente, los familiares han

estado en mayor porcentaje más conformes y más disconformes con la duración de la estancia hospitalaria que los pacientes, hecho que puede explicarse si tenemos en cuenta que ha habido un menor porcentaje de los familiares en la categoría no sabe/no contesta, y por lo tanto, un mayor porcentaje de respuesta.



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Al preguntarles a los familiares cuando no han estado conformes el *¿Por qué?*, por unanimidad han respondido que la estancia había sido muy breve (familiares de pacientes operados y dados de alta a los pocos días en el 100% de los casos).

EEPI/F (87): *“Porque ha sido muy breve, el paciente debería de estar más tiempo ingresado y ser dado de alta cuando estuviera totalmente recuperado”.*

EEP/F (203): *“Muy corta con todo lo que tiene, dos piernas rotas y también se ha hecho daño en un hombro”.*

EEP/F (245): *“Muy breve, tiene 92 años y a los tres días de la operación me la mandan a casa”.*

Como muestra la siguiente tabla 7.28, en la que se han cruzado los datos de las variables *Servicio médico* a cargo del paciente, y *¿Cree usted como familiar que la duración de la estancia hospitalaria ha sido la adecuada?*, y volviendo a tener en cuenta a la hora del análisis sólo los Servicios médicos que mayor número de pacientes han atendido ( $\geq 20$  pacientes), podemos observar que los resultados son similares al de los pacientes. El Servicio con el que los familiares han estado más conformes ha sido el de Cirugía General y Aparato Digestivo, más disconformes con Traumatología, y en el que mayor número de familiares ha expresado que no sabían si la duración hospitalaria había sido adecuada o no ha sido Medicina Interna. Como hemos comentado anteriormente, el Servicio de Urgencias estaría excluido de esta conformidad/disconformidad.

De estos datos podemos deducir, que el motivo de una menor conformidad tanto en los pacientes como en los familiares, ha sido la corta estancia hospitalaria, por lo que podemos afirmar que los días de hospitalización condicionan la percepción de una adecuada o inadecuada estancia y no el estado clínico del paciente.

<b>Tabla 7.28 Tabulación cruzada: Servicio médico a cargo del paciente durante su ingreso/ ¿Cree usted como familiar que la duración de la estancia hospitalaria ha sido adecuada?</b>					
Servicio médico a cargo del paciente	Nº total de familiares que han respondido por Servicio a cargo del paciente	¿Cree usted como familiar que la duración de la estancia hospitalaria ha sido la adecuada?			
		Si (%)	No (%)	NS/NC (%)	Total (%)
<b>Cirugía general y Aparato Digestivo</b>	<b>23</b>	<b>69,56</b>	<b>13,04</b>	<b>17,39</b>	
Urología	14	42,85	0	57,14	
Otros	4	75,0	0	25,0	
Digestivo	4	100	0	0	
Geriatría	6	33,33	16,66	50,0	
Ginecología y Obstetricia	1	100	0	0	
<b>Medicina Interna</b>	<b>72</b>	<b>65,27</b>	<b>4,16</b>	<b>30,55</b>	
Neumología	10	60,0	0	40,0	
Neurología	11	63,63	0	36,36	
<b>Traumatología</b>	<b>41</b>	<b>53,65</b>	<b>34,14</b>	<b>12,19</b>	
Urgencias	---	---	---	---	

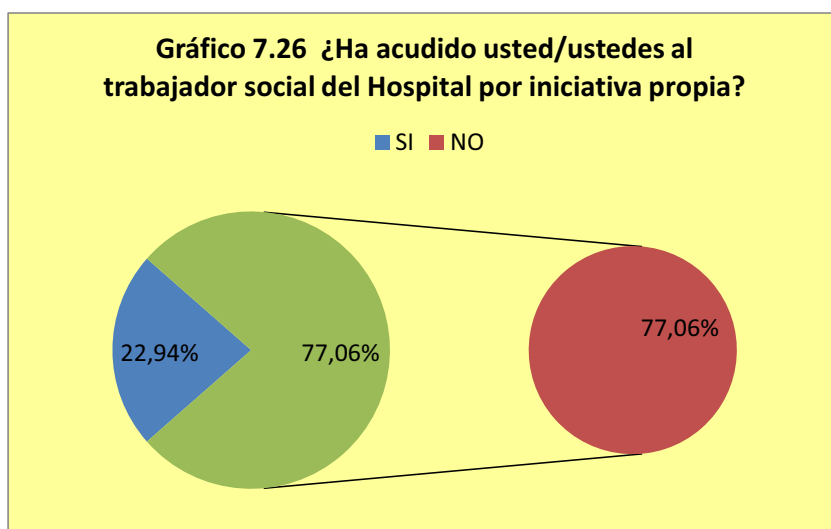
*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

## 7. Unidad de Trabajo Social:

Con la Unidad de Trabajo Social, llegamos al último apartado de este capítulo, que aunque no hace alusión a las necesidades ni repercusiones que ha tenido la enfermedad en pacientes y/o familiares, si que recoge la labor que ha desempeñado el trabajador social hospitalario, la visión que se tiene de estos profesionales, propuestas de mejora, y nivel de satisfacción con la atención, así como la perspectiva que se tiene de los trabajadores sociales externos al Hospital cuando han sido demandados por el paciente y/o familiares durante

su ingreso hospitalario. En relación a este bloque de preguntas, decir que no se ha realizado comparativa en razón del sexo en las diferentes variables, debido a que no se ha registrado el género cuando se ha tratado de familiares.

Con respecto a la primera variable, *¿Ha acudido usted/ustedes al trabajador social del Hospital por iniciativa propia?*, hay un claro predominio con 205 casos que no han acudido por iniciativa propia, respecto a 61 casos en los que sí lo han hecho. En el siguiente gráfico, cuya distribución de esta variable se muestra en porcentajes, podemos que claramente reflejado estos datos:



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Preguntadas las personas que han respondido tanto afirmativamente como negativamente el *¿Por qué?*, las que sí lo han hecho han revelado en un 75% que lo han hecho para conocer alternativas, informarse de recursos y ayudas de cara al alta hospitalaria, el 15,38% para tramitar algún recurso

(documentación para residencia de estancia temporal, solicitar un voluntario para la persona enfermera), un 3,84% por estar angustiados y no saber qué hacer ante la situación, otro 3,84% para dar información relevante sobre el paciente (tutelado por la Agencia Madrileña de Tutela del Adulto, ocupa plaza en residencia de estancia temporal), y en último lugar, el 1,92% ha sido derivado al trabajador social hospitalario por el trabajador social de zona.

Sin embargo, entre las personas que han contestado que no, el 39,13% ha manifestado que no había acudido porque no necesitaba nada o no tenía ningún problema de tipo social, el 31,88% no sabía que existía un departamento de Trabajo Social en el hospital, el 17,39% ya había hablado con el trabajador social en un ingreso anterior y éste había acudido nada más ingresar en Urgencias, el 5,79% confirmó estar en seguimiento por el trabajador social de zona, un 3,62%, aún no sabía qué hacer de cara al alta , y por último, el 1,44% no sabía que es lo que hace un trabajador social.

EEP/F (3): *“No, porque el ingreso en el hospital del paciente está aún muy reciente, tengo que pensar lo que hacer de cara al alta, y no me había planteado ir a la trabajadora social”.*

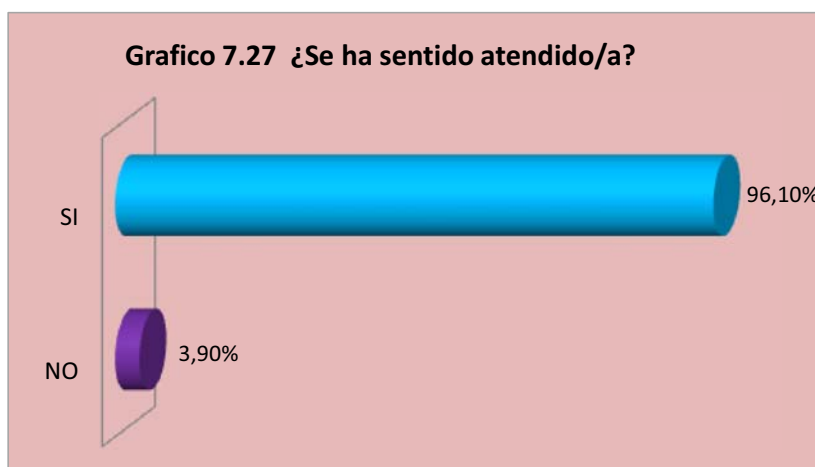
EEP/F (13): *“No. No sabía que existían ustedes en el hospital, aparte ya estoy en seguimiento por la trabajadora social del pueblo”.*

EEP/F (71): *“Si, porque no tenemos dinero para enterrar a nuestro familiar”.*

EEP/F (95): *“Si, para que me busque alguna ayuda para cuando salga mi familiar del hospital y regrese al domicilio”.*

EEP/F (102): *“No porque ¿Para qué?, ¿Qué hacen ustedes?”.*

En lo que concierne a la variable *¿Se ha sentido atendido/a?* (por el trabajador social), prácticamente la totalidad de las personas que han respondido a esta pregunta, 247 si se han sentido atendidas, respecto a 10 que han manifestado no haberse sentido atendidas por el trabajador social del Hospital. Su distribución en porcentajes podemos verla reflejada en el siguiente gráfico:



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Preguntadas las personas que han respondido tanto afirmativamente como negativamente *¿Por qué?*, las que sí lo han hecho han comentado que se han sentido atendidas porque se les ha informado y explicado los recursos de cara al alta hospitalaria del paciente y han resuelto sus dudas (66,66%), han solucionado el problema existente (14,28%), han gestionado lo que necesitaba (14,28%), y han escuchado con atención lo que decía (4,76%).

Por el contrario, las que no se han sentido atendidas por el trabajador social han manifestado que este profesional había acudido a atenderles, pero que

no necesitaban nada y que por lo tanto no había hecho nada (66,66%), en un 16,66% no les había solucionado el problema, y en otro 16,66% no les había explicado bien las alternativas de cara al alta.

EEP/F (45): *“Si mucho, porque nos ha informado sobre recursos muy necesarios en este caso y que desconocíamos”.*

EEP/F (165): *” Si, porque nos ha informado de la posibilidad de la pérdida de la plaza en la residencia de estancia temporal si se prolonga la estancia hospitalaria, y se lo agradecemos mucho”.*

EEP/F (167): *”Si, porque me ha explicado a qué Centros puede ir la paciente y qué documentación necesito para comenzar una proceso de incapacitación”.*

EEP/F (202): *“No, porque aunque me ha explicado qué hacer no me ha solucionado el problema, esto no funciona”.*

EEP/F (231): *“No, porque no necesitamos nada y por lo tanto, no ha realizado ningún trabajo”.*

Con respecto a la variable *¿Qué le pediría usted a los trabajadores sociales del Hospital como paciente y/o familiar?*, casi la mitad de las personas que han respondido a esta pregunta (49,54%), han demandado una mayor información sobre recursos y ayudas sociales, y sobre los hospitales de media/ larga estancia a los que son derivados los pacientes (manifiestan que se da poca información sobre su ubicación, trámites y tiempo de estancia). El 19,26% ha indicado que se visite más a los pacientes, que se les explique en los primeros días las posibles alternativas de cara al alta, que se pongan voluntarios a quienes no tienen a nadie, y que sean los transmisores “puente”



de sus dudas al personal médico. El 17,43% ha demandado un horario de atención más amplio (por las tardes y fines de semana); el mayor porcentaje de personas atendidas han sido mayores de 75 años, y cuando se les ha explicado los recursos/ayudas a veces no lo han entendido, prefiriendo que el trabajador social se lo explicase a sus hijos, pero estos suelen trabajar y acudir al hospital por las tardes y los fines de semana, no habiendo trabajador social. El 7,33% ha pedido que se haga una mayor difusión de la existencia de la Unidad de Trabajo Social y de sus funciones, un 5,50% quiere que este profesional pueda gestionar más recursos para que no se deriven a los familiares a Servicios Sociales de zona, y el 0,91% que hable idiomas (rumano).

EEP/F (25): *“Mayor información de recursos durante la hospitalización porque a nosotros nos ha informado de más de los que conocíamos”.*

EEP/F (122): *“Que tramiten ellos desde el hospital las cosas y no nos hagan desplazarnos a Servicios Sociales”.*

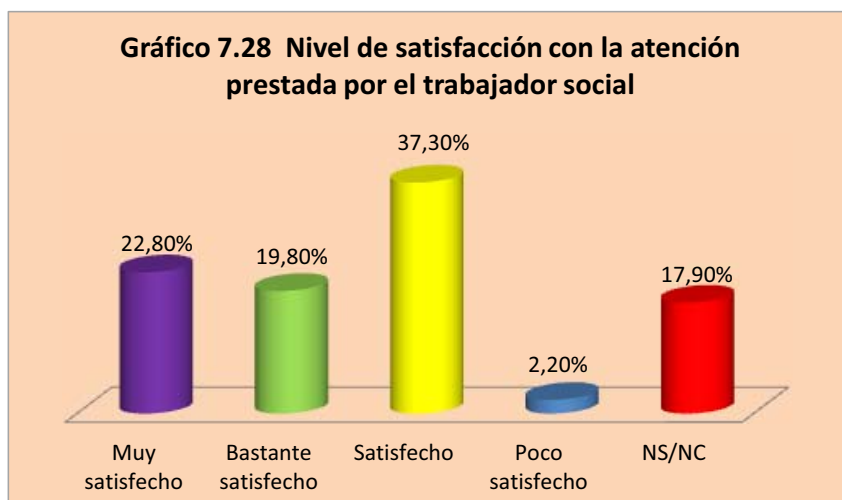
EEP/F (221): *“Que informen de los procedimientos de la Tarjeta sanitaria y que hablen idiomas como el nuestro (rumano), sería muy bueno para el hospital”.*

EEP/F (225): *“Turno de tarde para que puedan hablar con mis hijos”.*

EEP/F (261): *“Que hablen con la residencia de la que viene el paciente y les informen de cuando vaya a ser alta”.*

En cuanto al *nivel de satisfacción con la atención prestada por parte del trabajador social*, los datos resultantes muestran que mayoritariamente las personas atendidas han quedado satisfechas en 100 de las atenciones, muy

satisfechas en 61, bastante satisfechas en 53 de los casos, NS/NC en 48, y poco satisfechas en 6 atenciones. La distribución en porcentajes de esta variable podemos observarla en el siguiente gráfico, que muestra de modo más claro como ha sido la asignación de resultados en cada categoría:



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Analizados estos datos, se puede extraer que la atención prestada por el trabajador social a los pacientes y familiares ha sido una atención con la que han quedado complacidos.

Respecto a la variable *¿Ha/han acudido a otro trabajador social exterior del Centro para buscar ayuda/orientación?*, en 87 casos (32,60%) si lo han hecho respecto a 180 casos (67,40%) que no han acudido a otro trabajador social. En el caso de si haber acudido, se les ha preguntado *¿A cuál?*, respondiendo en 75 de los casos (97,40 %), que lo han hecho al trabajador social de Servicios Sociales de Zona, y en 2 casos (2,60%), a *Otros* distintos a los

especificados, que ha correspondido al trabajador social del CAID (50%), y al trabajador social de la residencia de estancia temporal en la que se encontraba el paciente (50%).

En caso de haber respondido afirmativamente a la variable anterior, es decir, de haber acudido a otro trabajador social, se le ha preguntado *¿En qué le han ayudado?*, indicando el 49,35% que a tramitar recursos (residencia de estancia temporal, Servicio de Ayuda a Domicilio, Centro de día), el 35,06% a comenzar con los trámites de la Ley de Dependencia (27%), el 10,38% a recibir información sobre recursos/ayudas y sobre qué poder hacer con la situación, y un 5,19% estaba pendiente de acudir a la primera cita con el trabajador social de zona, por lo que aún no les habían ayudado en nada.

EEP/F (132): *“Comentar la situación actual ahora que mi madre está en el hospital, para ponerla algún tipo de ayuda más si es posible cuando vuelva a casa”.*

EEP/F (150): *“Mi padre tiene concedido el grado III de Dependencia y hemos ido a solicitar residencia definitiva”.*

EEP/F (176): *“En que se vuelva a revisar el caso, porque hace 4 años que hemos solicitado la Dependencia y aún no hemos recibido nada”.*

EEP/F (249): *“Para ver la posibilidad de un Servicio de Ayuda a Domicilio para que me ayude con el paciente (mi padre) y con mi madre”.*

Por último, en relación a la última variable de este apartado, *nivel de satisfacción con la atención prestada por el trabajador social* (externo al Hospital), los resultados muestran satisfacción en 33 de las atenciones, bastante satisfacción en 18, NS/NC en 16 casos, mucha satisfacción en 8,

nada de satisfacción en 2, y por último, 1 caso que ha expresado poca satisfacción. La distribución en porcentajes de esta variable podemos observarla en el siguiente gráfico:



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

Examinados estos datos, podemos deducir que ha sido una atención con la que los pacientes y familiares también han quedado satisfechos al igual que sucedía con el trabajador social hospitalario.

## 7.2 ANALISIS DE RESULTADOS: PROFESIONALES DEL CENTRO

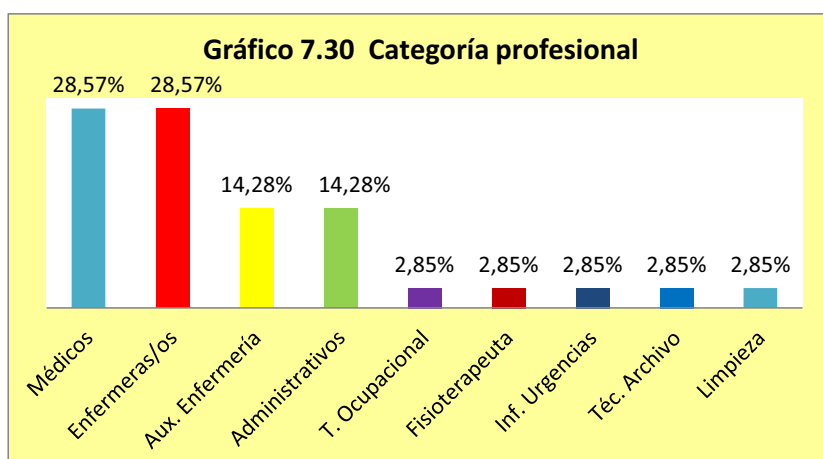
A continuación se presentan los resultados obtenidos del análisis cualitativo de las 35 entrevistas en profundidad realizadas a los profesionales del Centro, cuya exposición de datos ha seguido el mismo orden de las preguntas

establecidas en el guión realizado para tal fin. Asimismo, se han utilizado gráficos para complementar los resultados.

#### A) CATEGORÍA PROFESIONAL

En relación a la categoría profesional de los profesionales a los que se les ha realizado la entrevista en profundidad, hay que decir, que se ha intentado que existiera una representación de todos los profesionales del Centro, tanto sanitarios como no sanitarios en proporción equitativa.

La distribución de las entrevistas realizadas ha tenido la siguiente asignación: 10 entrevistas realizadas a profesionales médicos, 10 a profesionales de enfermería, 5 entrevistas a auxiliares de enfermería, otras 5 a personal administrativo, y por último, 1 entrevista a cada una de las siguientes categorías: Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Informador de Urgencias, Técnico de Archivo y Documentación Clínica, y Limpieza. A continuación, podemos ver reflejado en el siguiente gráfico, la distribución de las entrevistas por categoría profesional muy claramente reflejada en porcentajes:



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

B) Con respecto a la pregunta *¿Cuál piensa que es la función/funciones del trabajador Social en el Hospital?* los profesionales identifican claramente la figura y labor del trabajador social con la relación de ayuda a los demás:

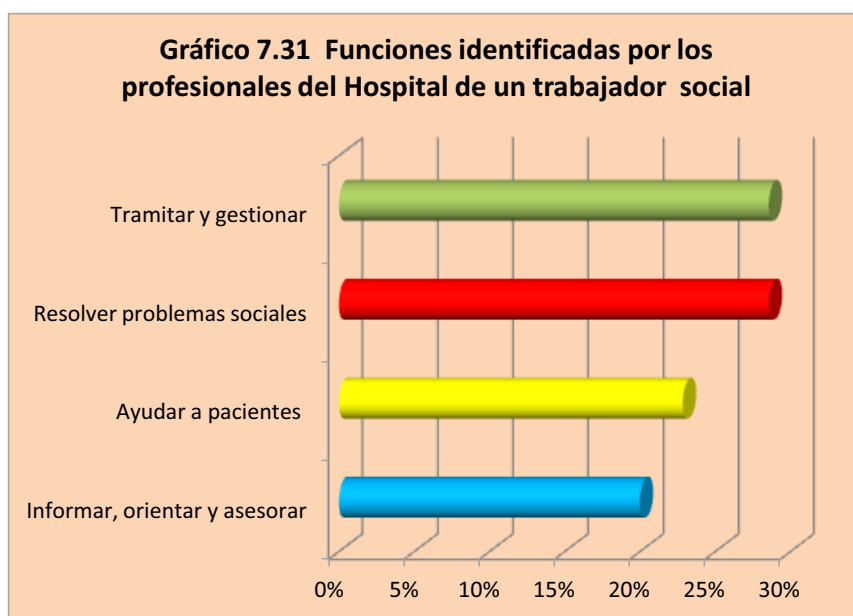
EPP (07): *“Muchas. Revolver los problemas sociales, buscar soluciones, orientar a familiares y pacientes que son desconocidos por el facultativo. Informar y aportar solución”.*

EPP (09): *“Apoyo social. Complementarnos. “Conectarnos” un poco más con los familiares. A veces nos adelantamos al trabajador social. Buscar recursos al alta post. Hospitalización”.*

EPP (14): *“Ayudar a personas de riesgo, gestionar traslados, ubicaciones de pacientes crónicos. Información de centros, recursos existentes (residencias...)”.*

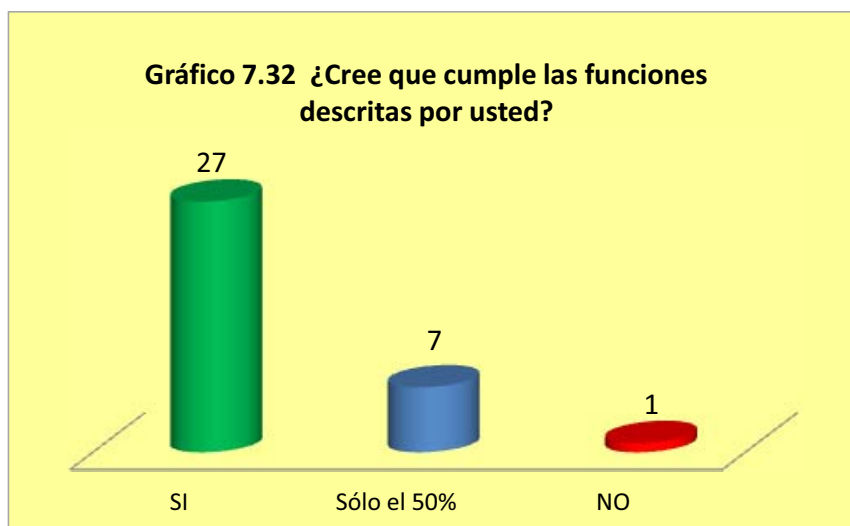
EPP (34): *“Intentan buscar recursos a personas que tienen dificultad para acceder a ellos”.*

Las respuestas aportadas por los profesionales han sido bastante homogéneas, pudiendo estructurarse en 4 categorías: 1) Tramitar y gestionar ayudas y recursos sociales y sanitarios (10 respuestas), 2) Resolver problemas sociales (10 respuestas), 3) Ayudar a los pacientes con problemas personales, familiares y sociales (8 respuestas), y 4) Informar, orientar y asesorar a pacientes y familiares sobre recursos sanitarios y sociales (7 respuestas). En el gráfico que a continuación se expone, se muestran de un modo más evidente los resultados en porcentaje obtenidos en relación a esta pregunta:



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

C) En lo que concierne a la pregunta *¿Cree que cumple las funciones descritas por usted?*, el 77,14% ha respondido que sí, un 20% ha manifestado que sólo lo hacía el 50%, es decir, solo uno de los dos miembros de la Unidad de Trabajo Social, y un 2,85% ha indicado que no, no argumentándose por parte del profesional dicha respuesta. La distribución de esta pregunta por frecuencia se muestra a continuación en el siguiente gráfico:



*Fuente:* Elaboración propia a partir de los resultados obtenidos de la exportación de datos del programa estadístico utilizado (SPSS versión 22.0)

D) Por último, en relación a la pregunta *¿Cómo complementa su trabajo?*, decir que ha existido una gran heterogeneidad de respuestas, pudiéndose agrupar en las siguientes: 1) Aporta la visión social del paciente, se encarga de su valoración social y esto complementa la perspectiva sanitaria a la hora de tomar decisiones para el manejo del paciente en 14 respuestas (40%), 2) No complementa mi trabajo en 9 contestaciones (26,66%), respuesta dada por personal de limpieza, administrativos, técnico de documentación y archivo, y auxiliares de enfermería, 3) Informa y gestiona los recursos necesarios en 5 respuestas (13,33%), 4) Evita el “estancamiento” del paciente dentro del hospital y reingresos por problema social en 4 contestaciones (10%), 5) Es un enlace más cercano que los médicos a los pacientes y familiares en 1 respuesta (3,33%), 6) Contacta con familiares cuando es necesario en 1 respuesta (3,33%), y por último, 7) Pone personas voluntarias a quienes pasan mucho tiempo solos, y esto es muy beneficioso para la salud de quienes están ingresados en 1 respuesta (3,33%).



EPP (01): *“Es un enlace más cercano con los pacientes y familiares que el médico. El trabajador social nos transmite la información aportada por ellos de carácter social que complementa la sanitaria y ayuda en la toma de decisiones”.*

EPP (05): *“Considero al trabajador social parte del equipo multidisciplinar de profesionales existentes en el hospital, y su opinión y valoración social del paciente complementa mi visión sanitaria”.*

EPP (18): *“Informando de recursos para que una vez fuera del hospital los pacientes/familiares puedan acceder a ellos”.*

EPP (25): *“Cuando un paciente pasa mucho tiempo solo, pido al trabajador social un voluntario para acompañar al paciente y se complementa mi función asistencial (enfermera) con el ámbito social y familiar del paciente”.*

EP (35): *“No, no lo complementa” (personal de limpieza).*

Una vez expuestos los resultados, a continuación abordaremos las conclusiones y discusión de este trabajo de investigación, capítulo con el cuál finalizaremos este trabajo. Se realizará una interpretación final de los datos obtenidos, que nos permitirán corroborar el cumplimiento o no de los objetivos e hipótesis planteadas, así como una integración de los resultados que han sido presentados hasta ahora de forma parcial. Asimismo, se abrirán posibles líneas de investigación futuras en relación al tema tratado, y se abordará su relevancia en el campo del Trabajo Social.

# Capítulo 8. Discusión y Conclusiones

*“Aprender sin reflexionar es malgastar la energía”*

(Confucio 551-479 a.C)

Los resultados de esta investigación confirman que la enfermedad que conlleva hospitalización, origina en mayor o menor medida necesidades sociales en todos los ámbitos de un paciente: a nivel personal, familiar, económico, laboral, vivienda/domicilio y red social. Asimismo sus conclusiones exponen, el logro de los objetivos propuestos y la demostración de las hipótesis planteadas al comienzo de este trabajo.

Aunque no se han encontrado estudios que abordaran específicamente las necesidades sociales que surgen a consecuencia de la enfermedad en pacientes adultos hospitalizados, si existen trabajos relacionados con las necesidades percibidas por las personas mayores tras un periodo de hospitalización o sobre la importancia de apoyos adecuados especialmente sociales para alcanzar una adecuada calidad de vida, que han ayudado al abordaje integral del tema objeto de estudio.

Los datos de nuestro trabajo muestran que el perfil sociodemográfico de la población atendida está constituido mayoritariamente por una población envejecida, hecho que marca notablemente los resultados de las distintas variables estudiadas ya que van en concordancia con este grupo etario.

Estos resultados coinciden con lo que reporta la literatura acerca de las atenciones médicas que se producen en un hospital de agudos en España, que confirman que una cuarta parte de las atenciones que se realizan en el Servicio de Urgencias corresponden a personas mayores de 75 años, siendo un tercio de ellas hospitalizadas debido a la alta prevalencia de enfermedades crónicas que presentan, así como fracturas de cadera, ictus, etc<sup>157</sup>. En el año 1998, el gasto sanitario de los pacientes mayores de 65 años ya consumía el 44% del gasto total, correspondiendo el 47% a la Atención Especializada<sup>158</sup>.

Nuestros hallazgos reflejan una tendencia ligeramente superior de mujeres atendidas respecto a los hombres, con una edad media de 77,92 años. Existe claramente un perfil de pacientes casados en el caso de hombres y viudas en el caso de mujeres, jubilados o ama de casa, que conviven con su cónyuge o en residencia, y cuyos ingresos económicos provienen de la pensión de jubilación o de viudedad. Se trata de una población mayoritariamente empadronada o con lugar de residencia en el área sureste.

Nos ha sorprendido el hallazgo del elevadísimo porcentaje de personas que sólo saben leer y escribir, y del importante sector de la población aún analfabeta en esta era de la innovación tecnológica y de las rápidas comunicaciones en la que vivimos. Nuestros datos vienen a ser corroborados por el informe presentado por el Imsero y por la Unión Democrática de Pensionistas (UDP) dentro de la campaña “Doce causas para 2012”, titulado “*Por el fomento de la formación tras la jubilación*”, que pone de manifiesto que

---

<sup>157</sup> Altimir, S. (2007). Recursos sanitarios para la atención a la dependencia. *JANO*, nº1.638, p.28.

<sup>158</sup> Instituto Nacional de la Salud [INSALUD] (1999) *Programa de atención a las personas mayores*. Madrid: INSALUD. Subdirección General de Coordinación Administrativa, p.46.

el nivel educativo de las personas mayores españolas se encuentra entre los más bajos de Europa.

Nuestra muestra de estudio concurre entre una proporción similar de pacientes que nunca han acudido a Servicios Sociales de zona y los que sí lo han hecho, existiendo un mayor porcentaje de mujeres que acuden a ellos, siendo el Servicio de Ayuda a Domicilio el recurso social más conocido. Llamam la atención estos datos, si tenemos en cuenta el porcentaje de envejecimiento de la población estudiada, la cercanía de estos centros a las personas, y los servicios y recursos que pueden solicitarse a través de ellos.

Concretamente los datos de este estudio, permiten conocer los motivos y patologías más frecuentes de ingreso, y su correlación con el grado de dependencia generado. Esto puede servir para orientar a priori al trabajador social sobre las necesidades sociales que pueden surgir en el paciente durante su hospitalización y de cara al alta hospitalaria desde su primer contacto. Asimismo, y dadas las características de la población atendida, podría servir como punto de partida para generar estrategias de planificación de recursos adecuados a las necesidades sociales surgidas a consecuencia de la enfermedad, y contribuir a plantear y elaborar un mapa de recursos sociosanitarios acordes a las necesidades sociales reales presentadas.

La patología o motivo de ingreso más frecuente de los pacientes atendidos por el trabajador social hospitalario, podemos decir que ha correspondido a enfermedades respiratorias (EPOC, disnea, insuficiencia respiratoria, etc) en la que no han existido grandes diferencias en razón del sexo del paciente, siendo el Servicio de Medicina Interna el que mayor intervención de este profesional ha congregado, algo que no es de extrañar si tenemos en cuenta, que el Servicio de Medicina Interna es el que mayor número de hospitalizaciones presenta. Estudios realizados reseñan que las

enfermedades respiratorias son las principales causas de ingreso en los Servicios de Medicina Interna<sup>159</sup>, por lo tanto, nuestros resultados se asimilarían a los encontrados puesto que nuestra muestra mayoritaria ha ingresado a cargo de este Servicio médico, siendo la afectación respiratoria la patología mayoritaria en ellos.

El promedio de tiempo transcurrido desde que un paciente ingresa hasta la primera valoración por parte del trabajador social, es de 36,08 horas, existiendo un alto porcentaje de rapidez de actuación (inferior a 24 horas) sólo en el ámbito de Urgencias, superándose las 48 horas en planta. Pensamos que ha podido contribuir a ese aumento del tiempo de atención en planta, el hecho de que haya pacientes que ingresan durante el fin de semana, periodo durante el cual no existe trabajador social en el centro. No obstante, si tenemos en cuenta que las hospitalizaciones tienden a ser cada vez más cortas, y que pacientes que hasta hace unos años por su avanzada edad no eran subsidiarios de determinados tratamientos y cirugías y actualmente si, se hace necesario desde la Unidad de Trabajo Social trabajar en procedimientos de intervención que incluyan una rápida valoración social, para mejorar las necesidades de atención presentadas por el paciente, planificar recursos adecuados, y evitar que se produzcan retrasos hospitalarios por este motivo.

La enfermedad ha generado en más de la mitad de los pacientes un mayor grado de dependencia para sus actividades básicas de la vida diaria al alta hospitalaria, siendo las enfermedades osteo-articulares las que mayor dependencia han generado, existiendo un claro predominio del sexo femenino en ellas. Igual a nuestros resultados relativos a una mayor dependencia tras

---

<sup>159</sup> Mañas, M.D.; Marchán, E.; Conde, C.; Sánchez, S.; Sánchez-Maroto, T.; Molina, M.C. (2005). Deterioro de la capacidad funcional en pacientes ancianos ingresados en un Servicio de Medicina Interna. *Anales de Medicina Interna*, vol.22, nº3, 131.

un periodo de hospitalización, existen números estudios que lo corroboran. Autores como por ejemplo Mañas et al. (2005), concluyen su trabajo de investigación afirmando que la hospitalización conlleva un deterioro importante en los mayores, al igual que Gamarra-Samaniego (2001), que confirma nuevamente estos hallazgos.

La necesidad social mayoritaria tras padecer una enfermedad ha sido el no contar con una vivienda o domicilio adecuado, corroborándose su inadecuación en casi 9 de cada 10 pacientes que han desarrollado mayor dependencia. Le seguirían las necesidades sociales surgidas en el área económica (falta de recursos económicos para afrontar los gastos que la enfermedad genera), las desarrolladas en el área relacional y red social, las del área familiar, y por último, las aparecidas en el área laboral, algo que no es de extrañar si tenemos en cuenta que la muestra estudiada está formada fundamentalmente por personas jubiladas o amas de casa.

En coherencia con estos datos, se puede deducir que si una de las patologías mayoritarias de ingreso son las enfermedades osteo-articulares (fracturas de cadera, prótesis de rodilla, etc), y son las que mayor grado de dependencia generan de cara al alta hospitalaria, es lógico que unas de las mayores necesidades sociales sea la vivienda o domicilio inadecuado, ya que un elevado porcentaje de pacientes como mostraron los resultados, contaban con escaleras para acceder a su domicilio o escaleras en su interior (viviendas de varias plantas), algo que se convierte en un verdadero problema para estos pacientes y sus familiares, ya que a priori no podrán subirlas ni bajarlas, quedando incluso sin salir del domicilio durante el periodo de convalecencia.

Los datos muestran que las mujeres en un mayor porcentaje que los hombres, dejarán de realizar sus actividades de ocio y vida comunitaria tras

haber sufrido una enfermedad con hospitalización, dato que atestigua que el sexo femenino sale más perjudicado tras haber pasado por esta situación. Igual a nuestro resultado, hay autores que reportan asociación entre el género del paciente y la capacidad funcional obtenida al alta, adquiriendo el género masculino un mejor resultado tras la hospitalización<sup>160</sup>.

Respecto al área personal del paciente, decir que hay un porcentaje destacado de personas que no tienen miedo/temor ante su futuro tras una enfermedad, siendo las mujeres las que mayor miedo/temor desarrollan principalmente por las secuelas propias de la enfermedad. En general, los pacientes si han contado con cuidador principal en la familia, y éste si se ha visto capacitado para atenderle, siendo las mujeres quienes han contado con un mayor porcentaje de cuidador de cara al alta hospitalaria. No obstante, los datos confirman que el haber desarrollado por parte del paciente una mayor dependencia, ha influido en la no capacidad de cuidador principal para atenderle. Nuestros resultados coinciden con los reportados por Iturria y Márquez (1997), en relación a que en la mayor parte de los casos es la familia quien se hace cargo de los cuidados precisos del paciente mayor al alta. De igual manera, García y Pérez (2005) contemplan, que la familia/cuidador es el principal soporte para estos pacientes.

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir que a nivel familiar, la enfermedad ha originado necesidades en todas las variables estudiadas en mayor o menor medida. Dos de cada diez familiares han manifestado que no iban a tener tiempo para ellos mismos, tres de cada diez que se sentían agobiados o estresados al intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con

---

<sup>160</sup> Cruz, A.J.; Pancorbo, P.L.; García, F.P.; Carrascosa, M.I.; Jiménez, M.C.; Villar, R. (2010). Deterioro funcional en ancianos ingresados en un hospital sin unidades geriátricas. *Gerokomos*, vol.1, nº 1, p.11.

sus actividades diarias, no sabiendo cómo se iban a adaptar y organizar a la nueva situación. Cuatro de cada diez piensan que su vida social se va a ver modificada, y dos de cada 10 que su salud podría resentirse al tener que cuidar a su familiar. Casi la mitad de familiares han manifestado tener miedo/temor ante el futuro de su familiar, fundamentalmente por el mal pronóstico o gravedad de su enfermedad.

La mayoría de los pacientes y familiares han considerado que la estancia en el hospital ha sido adecuada, siendo el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo el que mayor conformidad ha concentrado, y el Servicio de Traumatología el que menor lo ha hecho. El motivo de menor conformidad tanto en los pacientes como en los familiares ha sido la corta estancia hospitalaria, por lo que se puede deducir, que los días de hospitalización (aunque no han sido contemplados en esta investigación) condicionan la percepción de una adecuada o inadecuada estancia, y no el estado clínico del paciente

En el 33,80% de los casos ha sido necesario gestionar algún tipo de recurso o apoyo de cara al alta hospitalaria, siendo muy similar el porcentaje de mujeres y hombres que han necesitado su tramitación. Como recurso más adecuado para la ubicación del paciente al alta, destaca tanto por profesionales como por los pacientes/familiares el hospital de media/larga estancia, algo que parece contradictorio con el destino final al que suelen ir los pacientes; su domicilio habitual, ya que no parece ser razonable cuando los resultados confirman que 7 de cada 10 pacientes en los que se ha solicitado gestión de recurso ha desarrollado mayor dependencia. Esto puede deberse a que en ocasiones la solicitud de plaza en un hospital de media/larga estancia no es concedida, mostrando la falta de alternativas y soluciones ante ello.



Iturria y Márquez (1997), evidencian que no se han hallado en España estudios acerca de la situación de las personas mayores al alta hospitalaria en relación a su nivel de salud ni sobre los problemas de ubicación, algo ineludible si se quieren ofrecer recursos sociosanitarios adecuados a las demandas planteadas. Nuestros resultados en relación a la ubicación más adecuada para el paciente propuesta por los profesionales, y las preferencias de los pacientes/familiares, no coinciden con los de la investigación realizada por estos autores, siendo en sus resultados la preferencia de los pacientes vivir en su casa, para los profesionales vivir en su casa con ayuda domiciliaria, coincidiendo en su estudio la ubicación más adecuada con la ubicación real obtenida.

Se ha producido retraso por problema social en el 4,8% de los casos, siendo el perfil mayoritario hombres que no tenían a dónde ir o estaban en situación de calle. Otro estudio relativo a los factores asociados con el uso y adecuación de la hospitalización en personas mayores de 64 años, muestra un porcentaje muy similar al nuestro (2,3% de un total de 367 pacientes), en los que se ha producido una estancia inadecuada por problema en el entorno social o familiar del paciente o falta de recursos alternativos al hospital<sup>161</sup>.

De acuerdo a los resultados obtenidos, existe un bajo porcentaje de pacientes y/o familiares que acuden por iniciativa propia al trabajador social. El motivo de no acudir por decisión propia estriba en la no existencia de necesidad o problema social, pudiéndose deducir de esto, que la figura del trabajador social no se asocia con la función de información, apoyo o valoración de

---

<sup>161</sup> Suárez, F.; Oterino, D.; Peiró, S.; Librero, J.; Barrero, C.; Parras, N.; Crespo, M.A.; Pérez-Martín, A. (2001). Factores asociados con el uso y adecuación de la hospitalización en personas mayores de 64 años. *Revista Española de Salud Pública*, vol.75, nº 3, 241.

alternativas de cara al alta hospitalaria, sino con la resolución de problemas o necesidades sociales surgidas entorno al paciente y/o familiares.

Sorprende el hallazgo de que un 31,88% de la muestra no sepa que existe un Departamento de Trabajo Social en el Hospital, y que un 1,44% no conozca cuál es su función, teniendo en cuenta el elevadísimo porcentaje de población mayor que se atiende. Esto nos debe de hacer reflexionar sobre formas de difusión de la figura del trabajador social hospitalario, de búsqueda de alternativas de accesibilidad a este departamento, y sobre todo, de una mayor integración en el ámbito sanitario de este profesional por parte de la población en general.

Los datos reflejan un destacado porcentaje de pacientes y/o familiares que se han sentido atendidos por el trabajador social, y que han quedado satisfechos con su actuación, teniendo que mejorar en la información que se da sobre los recursos y ayudas sociales, y cuando se deriva a un paciente a un hospital de media/larga estancia. Las personas que ha manifestado no haberse sentido bien atendidas, lo han hecho principalmente porque el trabajador social había acudido a atenderles pero no necesitaban nada y por lo tanto no habían hecho nada. Como dato a destacar, los pacientes y/o familiares han demandado mayor presencia de este profesional en el Centro (por las tardes y los fines de semana).

En relación a una mayor presencia de trabajadores sociales en el ámbito hospitalario, decir que aunque nuestros datos no pueden ser directamente comparados con los resultados aportados por el reciente estudio publicado por los Defensores del Pueblo sobre las Urgencias Hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud, debido a que solo se refiere al ámbito de Urgencias y no al ámbito hospitalario en general, en sus conclusiones ya se demanda una “mayor dotación de personal especialista en trabajo social en

los SUH (Servicios de Urgencias Hospitalarias). Se acusa especialmente la carencia de estos profesionales en los horarios de tarde y noche<sup>162</sup>.

El 32,60% de la muestra, es decir, 3 de cada 10 han acudido a otro trabajador social distinto al del Hospital, principalmente al de Servicios Sociales de zona para tramitar algún tipo de recurso: Servicio de Ayuda a Domicilio, residencia de estancia temporal o centro de día, manifestando un nivel satisfactorio en la atención recibida.

Con respecto a la valoración hecha por los profesionales del Hospital en relación al trabajador social, los datos confirman que identifican claramente su figura y labor con la relación de ayuda a los demás, con la tramitación y gestión de ayudas y recursos, y con resolución de problemas sociales. Mayoritariamente si creen que cumplen las funciones descritas, y existe gran heterogeneidad de respuestas en relación a cómo complementan el trabajo del resto de profesionales.

En síntesis esta investigación demuestra, que actualmente una enfermedad que conlleva una hospitalización encierra múltiples necesidades de ámbito social que deben ser abordadas, debiéndose insistir en la creación de estrategias de planificación que garanticen los cuidados y cubran las necesidades reales de los pacientes, en concreto de los más vulnerables y desprotegidos, para minimizar el impacto que la enfermedad produce tanto en los pacientes como en sus familiares. Se propone bajo nuestro punto de vista, una remisión temprana a las Unidades de Trabajo Social de los hospitales, para que se puedan abordar las situaciones de posible riesgo social lo antes posible.

---

<sup>162</sup> Defensor del pueblo. (2015). *Las Urgencias Hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: Derechos y Garantías de los pacientes*. Madrid, p.71.

Creemos que los resultados de esta investigación, pueden servir como una herramienta de mejora en la calidad asistencial de los pacientes y familiares, pueden contribuir a la detección de problemas potenciales en el transcurso de una hospitalización y al planteamiento de medidas preventivas, además pueden servir para elaborar propuestas de colaboración entre los trabajadores sociales hospitalarios y el resto de profesionales tanto de dentro como de fuera del Centro. Además pesamos, que este estudio puede ser de gran interés ya que aborda una temática novedosa y de relevancia en el campo del Trabajo Social, y puede contribuir a entender más la figura de este profesional en el ámbito sanitario, y a fomentar cambios que ayuden a consolidar su identidad profesional en el área de la Sanidad.

Como limitaciones del presente trabajo, exponemos que se ha tratado de un estudio con un número limitado de casos estudiados en un solo centro hospitalario, y por lo tanto, debe de tenerse en cuenta a la hora de una generalización de sus resultados, ya que pueden ser susceptibles de posibles sesgos. Igualmente presenta algunas limitaciones relativas a la variable *Habilidades y competencias en las ABVD tras la enfermedad* ampliamente abordada en este estudio, relacionadas con la subjetividad de su valoración ya que ha sido realizada por parte de los propios pacientes o de sus familiares mediante observación directa, a tenor de si podían o no asearse, comer, vestirse, caminar (solos, con andador, con ayuda de una o varias personas o encamados sin poder andar), etc., no habiéndose utilizado ningún instrumento de valoración funcional de los existentes para tal fin (Índice de Barthel, Índice de Katz de actividades de la vida diaria, etc.)

Hay que señalar también entre las limitaciones de este estudio, las dificultades encontradas para el abordaje del tema central objeto de esta investigación, “las necesidades sociales originadas en pacientes adultos hospitalizados”, ya que hemos encontrado una clara falta de documentación

relativa al tema, y de instrumentos para evaluar dichas necesidades sociales surgidas en el ámbito hospitalario.

Por último, como limitación que creemos importante también tener en cuenta, es el no haber contemplado en el estudio una variable acerca del tiempo medio (días) del ingreso hospitalario, porque llegados a este punto del estudio pensamos que podría haber aportado información de gran utilidad acerca de si el tiempo de hospitalización genera mayor o menor dependencia, y por lo tanto revierte en las necesidades sociales surgidas, si influye en las reacciones que sufre el paciente ante la hospitalización, si el apoyo familiar y/o apoyo social (cuando existe) se mantiene en el tiempo, disminuye o aumenta, etc. Una prolongación de la estancia hospitalaria, por experiencia de la doctoranda en muchas ocasiones agudiza la percepción de la realidad del paciente y del familiar “cuidador”, abre las puertas a pedir ayuda y a contactar con el trabajador social, da tiempo a movilizar recursos, y amplía la red de apoyo con personas cercanas como amigos o vecinos, por lo tanto, hubiera sido muy interesante poder estudiar su incidencia en este tema de investigación.

Para futuras investigaciones en este campo, recomendamos ampliar el perfil del paciente atendido por el trabajador social hospitalario, así como la profundización en las demandas realizadas por los pacientes y familiares en los diferentes ámbitos de actuación: Urgencias, Hospitalización y Consultas externas. Asimismo, si tal y como reflejan los datos de este estudio el destino mayoritario de los pacientes al alta tras un periodo de hospitalización es su domicilio, creemos necesario profundizar en las necesidades sociosanitarias que surgen en los pacientes, para que desde su estancia hospitalaria se informe y prepare tanto al paciente como a su posible cuidador en ambas esferas: social y sanitaria.

Para finalizar, si como manifiestan Cruz et al. (2010), se está produciendo el anacronismo de que los hospitales para enfermedades agudas atienden en muchos de sus servicios médicos a pacientes mayores con enfermedades crónicas que suelen requerir cuidados muy superiores a los que brindan, el trabajador social del ámbito hospitalario se enfrenta a nuevos e interesantes retos, en donde la asistencia en el área social del paciente se instaura como uno de los pilares fundamentales de la asistencia, no sólo por las necesidades sociales que surgen a consecuencia de una enfermedad, sino por las propias necesidades particulares que llevan asociadas este tipo de pacientes: enfermos que quedan en “tierra de nadie” al no ser candidatos para las posibles alternativas a la hospitalización del centro de agudos (hospitales media/larga estancia, residencias temporales, etc.), aumento de la coordinación con los diferentes niveles asistenciales, reingresos hospitalarios, etc.



# Bibliografía

- ABREU, M.C. (2009). El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud. *ENE: Revista de enfermería*, vol.3, nº2, 70-79.
- ABREU, M.C. (2011).Práctica basada en la evidencia en el trabajo social sanitario. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, año 2011, nº3, 4-13.
- ADOLFO, O.P. (2002).El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Parte primera. *Anales de la Facultad de Medicina*, vol.63, nº3, 223-232.
- ALBRITHEN, A.; YALLI, N. (2011). The Perceptions of the Personal and Professional Factors Influencing Social Workers in Saudi Hospitals: A Qualitative Analysis. *Social Work in Health Care*, 50 (10), 845-862.
- ALBRITHEN, A.; YALLI, N. (2013).A Discussion of Professional Issues of Hospital Social Workers in Saudi Arabia. *Social Work in Health Care*, 52 (1), 20-42.
- ALCÁNTARA, G. (2008).La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*, vol. 9, nº. 1, 93-107.
- ALONSO-FERNÁNDEZ, F. (1989).*Psicología médica y social*. Barcelona: Salvat.
- ALTIMIR, S. (2007). Recursos sanitarios para la atención a la dependencia. *JANO*, nº1.638, 28-31.



- ÁLVAREZ, J.A. (2012). *Informe Por el fomento de la formación tras la jubilación*. Presentado dentro de la campaña Doce causas para 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO]. Unión Democrática de Pensionistas[UDP].Recuperado el 19 de febrero de 2015: <http://www.mayoresudp.org/wp-content/uploads/2015/01/Nota-de-Prensa-10.-Por-el-fomento-de-la-formaci%C3%B3n-tras-la-jubilaci%C3%B3n.pdf>
- ANDER-EGG, E. (1988). *Diccionario del Trabajo Social*. México: El Ateneo.
- ANDER-EGG, E. (2003). *Métodos y técnicas de investigación social IV. Técnicas para la recogida de datos e información*. Buenos Aires: Lumen.
- ARARTEKO (2007). *Informe extraordinario del Ararteko sobre Atención Sociosanitaria: Una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos*. Vitoria-Gasteiz: Ararteko.
- ARECHABALA, M.C; CATONI, M.I.; PALMA, E.; MOYANO, F.; BARRIOS, S. (2005).Redes sociales y apoyo social percibido en pacientes en hemodiálisis crónica. *Investigación y Educación en Enfermería*, vol. XXIII, nº2, 34-41.
- ARIZCUN, J... [ET AL.]; CASADO, D. (Dir.) (2008).*Coordinación (gruesa y fina) en y entre los servicios sanitarios y sociales*. Barcelona: Hacer.
- ARREDONDO, A. (1992).Analysis and Reflection on Theoretical Models of the Health-Disease Process. *Cadernos de Saúde Pública*, nº 8 (3), 254-261.
- ARRIZABALAGA, J. (Coord.) (1991).Historia de la enfermedad: nuevos enfoques y problemas. *Dynamis*, vol.11, 17-26.

- BABBIE, E. (1996). *Manual para la práctica de la investigación social*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- BALIBREA, J.M. (2006). *Diccionario médico y abreviaturas de uso frecuente en cirugía*, Nexus Médica, Barcelona.
- BALLESTER, L. (1999). *Las necesidades sociales. Teorías y conceptos básicos*. Madrid: Síntesis.
- BARKER, R.L. (2003). *The Social Work Dictionary (5th Edition)*. Baltimore, MD: NASW Press.
- BARONA, C. (2006). *Las políticas de la salud. La sanidad valenciana entre 1855 y 1936*. Valencia: Universidad de Valenciana.
- BARROSO, C. Caridad, Beneficencia, Seguro Social, Asistencia Social y Estado de Bienestar. *Universidad de La Laguna*. Recuperado el 23 de febrero de 2013:  
  
<http://ctinobar.webs.ull.es/1docencia/DESIGUALDAD%20SOCIAL/HISTORIA.pdf>
- BAUTISTA, L. M. (2007). Enfermería y la Salud Pública... Reto o compromiso. *Ciencia y Cuidado*, vol.4, nº 4, 45-50.
- BEDER, J. (2006). *Hospital Social Work: The interface of Medicine and Caring*. New York: Routledge.
- BERMEJO J. C., DÍAZ-ALBO E. Y SÁNCHEZ E. (ed.) (2001). *Manual Básico para la Atención Integral en Cuidados Paliativos*. Madrid: Cáritas Española.
- BLASCO, M.A. (26 de junio de 2011). Retos del S. XXI: El fin de la enfermedad. *El Cultural*. Recuperado el 16 de octubre de 2012:  
<http://www.elcultural.es/noticias/ciencia/Retos-del-S-XXI-El-fin-de-la-enfermedad/1783>

- BOHÍGAS, L. (2003). La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, vol. 17, nº.4, 316-318.
- BRADSHAW, J. (1981). *Una tipología de la necessitat social*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Direcció General de Serveis Socials.
- BRANDENBURG, A.B. de (1976). *Servicio Social Hospitalario*. Buenos Aires: Humanitas.
- BRANNON, L.; FEIST. J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo.
- BREMOND, J.; GELEDAN, A. (1985). *Diccionario Económico-Social*. Barcelona: Vicens-vives.
- BUCETA, J.M; BUENO, A.M; MAS, B. (eds.) (2000). *Intervención psicológica en trastornos de la salud*. Madrid: Dykinson.
- BULL, W; BULL, M. (2011). *Something in the Ether: A bicentennial history of Massachusetts General Hospital 1881 to 2011*. Massachusetts: Memoirs Unlimited.
- BUTRYM, Z. (1968). *Medical Social Work in action: a report of Study of Medical Social Work at Hammersmith Hospital*. London: G.Bell & Sons.
- CABO, J.; CABO MUIÑOS, J.; IGLESIAS, J.R. Capítulo 1: Sistemas de salud y reformas sanitarias en España, Canadá y EEUU. *CEF.-Gestión Sanitaria*. Recuperado el 4 de septiembre de 2013: <http://www.gestion-sanitaria.com/sistemas-salud-reformas-sanitarias-espana-canada-EEUU.html>
- CABOT, R. C. (1868-1939). Papers of Richard Clarke Cabot: an inventory. *Harvard University Library (OASIS: Online Archival Search Information System)*. Recuperado el 30 de marzo de 2013: [http://oasis.lib.harvard.edu/oasis/deliver/findingAidDisplay?\\_collection=oasis&inoid=4590](http://oasis.lib.harvard.edu/oasis/deliver/findingAidDisplay?_collection=oasis&inoid=4590).

- CABOT, R.C. (1911).Social service work in hospitals. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol.37, 223-227
- CANGUILHEM, G. (1993). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- CASADO, D. (1997). *Introducción a los Servicios Sociales*. Madrid: Popular.
- CASADO, D.; GUILLÉN, E. (2003).*Manual de Servicios Sociales*. Madrid: CCS.
- CASAS, F. (1989).*Técnicas de Investigación Social: Los indicadores sociales y psicosociales (Teoría y práctica)*. Barcelona: PPU.
- CASTAÑERA, L.; GÓMEZ, M.A.; MANGAS, P. (2014). De lo general a lo específico en Trabajo Social: Propuesta de especialización en Salud Mental. *Trabajo Social Hoy*, 72, 109-129.
- CASTELLANOS, P. L. (1990).Sobre el concepto de Salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de Salud. *Boletín Epidemiológico OPS*, vol. 10, nº 4, 1-16.
- *Catálogo Nacional de Hospitales 2014*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- CEA, M.A. (1998).*Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- CHITEREKA, C. (2010).Hospital Social Work Practice in Zimbabwe. *Social Work in Health Care*, 49 (9), 769-782.
- COLOM, D. (2008). *El Trabajo Social Sanitario: atención primaria y atención especializada: teoría y práctica*. Madrid: Siglo XXI.
- COLOM, D. (2008). El Trabajo Social Sanitario como herramienta de gestión. *Sedisa S.XXI*, nº10, 14-25.

- COLOM, D. (2010).El Trabajo Social Sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan*, nº 47, 109-119.
- COLOM, D. (2010).La información como base para la toma de decisiones: la importancia de las fuentes. *Sedisa S.XXI*, nº 18, 1-7.
- COLOM, D. (2011). *El Trabajo Social Sanitario. Los procedimientos, los protocolos y los procesos*. Barcelona: UOC.
- COLOM, D. (1997). *La atención sociosanitaria del futuro: nuevas realidades, nuevas soluciones*. Zaragoza: Mira Editores.
- COLOM, D. (2000). *La planificación del alta hospitalaria: la gestión de lo pequeño para mejorar lo grande*. Zaragoza: Mira Editores.
- CONDE-SALAZAR, L.; HERAS, F.; MARURI, A.; ARANDA, D. (2008). Historia y recuperación del Museo Olavide. *La Mutua*, nº 20, 173-190.
- CONSEJO GENERAL DEL TRABAJO SOCIAL. La especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social. *Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental*. Recuperado el 17 de junio de 2013: [http://ascane.org/trabajadores\\_sociales/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf](http://ascane.org/trabajadores_sociales/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf)
- CRUZ, A.J.; PANCORBO, P.L.; GARCÍA, F.P.; CARRASCOSA, M.I.; JIMÉNEZ, M.C.; VILLAR, R. (2010). Deterioro funcional en ancianos ingresados en un hospital sin unidades geriátricas. *Gerokomos*, vol.1, nº 1, 8-16.
- CUBO, S.; MARTÍN, B.; RAMOS, J.L. (Coords.) (2011). *Métodos de investigación y análisis de datos en ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Pirámide.

- DEFENSOR DEL PUEBLO. (2015). *Las Urgencias Hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: Derechos y Garantías de los pacientes*. Madrid.
- DELGADO, M.V; GIL, J.M... [Et al.] (2011).*Competencias del Trabajador Social en el abordaje integral de los pacientes pluripatológicos, críticos y paliativos*. Sevilla: MAD.
- DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN DE OPERACIONES, CONOCIMIENTO Y ASOCIACIONES (OEDPK) DEL BANCO MUNDIAL (1999).*Respuesta al desafío de la atención de salud en Zimbabwe. OED Précis, nº 176, 1-6*.
- DHOOPER, S.S. (1997).*Social Work in Health Care in the 21 st Century*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- DÍAZ, E.; DÍAZ-FAES, C... [Et al.] (2002).*Trabajo Social en el Sistema Sanitario Público: balance, análisis y perspectivas*. Oviedo: KRK.
- DÍAZ, E.; FERNÁNDEZ DE CASTRO, P. (2013).*Conceptualización del diagnóstico en Trabajo Social: necesidades sociales básicas. Cuadernos de Trabajo Social, vol.26, nº 2, 431-443*
- DOX, I.G.; MELLONI, J.; EISNER, G.M.; MELLONI, J.L. (2011) *Harper Collins de bolsillo. Diccionario médico ilustrado*. Madrid: Marban.
- DOYAL, L.; GOUGH, I. (1994).*Teoría de las necesidades humanas*. Barcelona: ICARIA.
- DURKHEIM, E. (1985). *Las reglas del método sociológico*. Madrid: Akal.
- ECO, U. (2001).*Como se hace una tesis. Técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura*. Barcelona: Gedisa.

- ESTRADA, C.; CHAN, E.C. (Coord.) (2009). *Apoyo social y colectivos vulnerables: una herramienta para la intervención contra la violencia de género*. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- FERNÁNDEZ, L. (2006) *Los Hospitales en el Madrid medieval y de los Austrias*. Madrid: Ceu Ediciones.
- GAMARRA-SAMANIEGO, P. (2001). Consecuencias de la hospitalización en el anciano. *Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, vol.14, nº2.
- GARCÉS, C.M. (2013). *Social Work in the Hospital Setting: Interventions*. United States of America: Trafford Publishing.
- GARCÍA, J.; PORTELA, M.J. (2000). Felipe II y el problema hospitalario: reforma y patronato. *Cuadernos de Historia Moderna*, nº5, 87-124.
- GARCÍA, JM; LORENZO, L. (2013). La sanidad en la Comunidad de Madrid en perspectiva: Debilidades, fortalezas y controversias. En LUCAS, A.; CORTÉS, C., CÁCERES, M.D. *Madrid en el Siglo XXI. Transformaciones y retos de su realidad social. La realidad social de Madrid Vol. II*. (pp.203-237) Madrid: Fragua.
- GARCÍA, M.I. (1995). *El perfil profesional del Licenciado en Trabajo Social dentro del área de hospitalización del Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona N°32 Minatitlán. Tesis Doctoral*. Universidad Veracruzana, Veracruz.
- GARCÍA, N.; PÉREZ, M.D. (2005). Implantación de un programa de apoyo al cuidador del anciano dependiente hospitalizado. *Nure Investigación*, nº17, Julio-Agosto, 2-6.
- GARCÍA, O. (1994). *Metodología de la investigación científica: Cómo hacer una tesis en la era de la informática*. Madrid: CEES.

- GARCÍA, S.; ABADÍA, M.B.; DURÁN, A.; HERNÁNDEZ, C.; BERNAL, E. (2011). España: Análisis del sistema sanitario. *Health Systems in Transition*, 12(4): 1-269.
- GARCÍA, V. (2006).La asistencia social de la Iglesia durante la Edad Media: La Hospitalidad Monástica. *Humanismo y Trabajo social*, vol.5, 129-158.
- GALLAR, M. (1998).*Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Paraninfo.
- GALLENT, M. (1996).Historia e historia de los hospitales. *Revista d'Història Medieval*, nº 7, 179-191.
- GEA, M.E. (2002).*Diccionario Enciclopédico de Madrid*. Madrid: La librería.
- GEHLERT, S.; BROWNE, T. (2012).*Handbook of Health Social Work (2<sup>nd</sup> Edition)*.Hoboken, New Jersey: Jhon Wiley & Sons.
- GIL, M.; PLAZA, E. (2003).Trabajo Social Hospitalario. Análisis de la evolución de las funciones de los trabajadores sociales. *Trabajo Social Hoy*, nº40, 143-169.
- GIL-LACRUZ, M.; ARAGÓN, R.; MATUTE, S. (1998).Aproximación teórica al estudio de las necesidades sociales y la participación comunitaria. *Proyecto social*, nº 6, 97-104.
- GÓMEZ-ARIAS, R. D. (2010).La noción de salud, un concepto en expansión. *ITAES*, vol. 12, nº 2, 20-27.



- GONZÁLEZ, B; NAVARRETE, L (1997). Conceptos y metodología de construcción de indicadores sociales. Aplicación a la programación y evaluación de los Servicios Sociales. En BUÑUEL, A. *Los Servicios de Bienestar Social en la Administración Local. El papel del sociólogo y el politólogo* (pp.23-42).Madrid: Ayuntamiento de Madrid.
- GONZALEZ, F.; NAVARRO, A; SÁNCHEZ, M.A. (2005).*Los hospitales a través de la Historia y el Arte*. Barcelona: Ars medica.
- GONZÁLEZ, J.; CALVO, A (2005).El despertar de la era antibiótica. *Revista Española de Quimioterapia*, vol.18, nº3, 247-25
- GRACIA, E. (1997).*El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- GUTIÉRREZ, R. (1974).*Temas de Psicología Médica*. Madrid: Marova.
- GUERRERO, L.; LEÓN, A. (2008).Aproximación al concepto de salud. Revisión Histórica. *Fermentum*, nº 53, 610-633
- Guía de intervención de Trabajo Social Sanitario.2012. *Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat*. Recuperado el 2 de agosto de 2013:[http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Guia\\_Intervencion\\_Trabajo\\_Social\\_Sanitario.pdf](http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Guia_Intervencion_Trabajo_Social_Sanitario.pdf)
- HELLER, A. (1996).*Una revisión de la teoría de las necesidades*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- HERNÁNDEZ, G.; MUNUERA, M.P (2010).Consideraciones históricas relevantes del Trabajo Social sanitario. En ACERO, C.; CASTILLO, A. ... [Et al.].*El imaginario del Trabajo Social en las tesinas de fin de estudios 1938-1983* (pp.34-50).Madrid: EUTS/Universidad Complutense de Madrid.

- HERNÁNDEZ, L. C. (1969). *Trabajo Médico Social*. Buenos Aires: Humanitas.
- HERRERA, F. (2006). El debate sobre la calidad asistencial en la España del siglo XIX. *Cultura de los cuidados*, nº 20, 22-32.
- INSTITUTO DE INFORMACIÓN SANITARIA (2010). *Sistema Nacional de Salud de España 2010*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD [INSALUD] (1999) *Programa de atención a las personas mayores*. Madrid: INSALUD. Subdirección General de Coordinación Administrativa.
- INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD [INSALUD] (2000) *Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada*. Madrid: INSALUD. Subdirección General de Coordinación Administrativa.
- IRRUTIA, J.A.; MARQUEZ, S. (1997). Servicios sanitarios y sociales: necesidades, preferencias y utilización por los ancianos tras un periodo de hospitalización. *Revista Española de Salud Pública* [online], vol.71, nº 3, 281-291.
- ITUARTE, A. (1992). *Procedimiento y Proceso en Trabajo Social Clínico*. Madrid: Siglo XXI España editores.
- ITUARTE, A. (1995). El papel del trabajador social en el campo sanitario. *Trabajo Social y Salud*, nº 20, 275-290.
- KLEINMAN, A.; BENSON, P. (2004). La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la Medicina. *Fundación Medicina y Humanidades Médicas, Monografía nº 2*, pp. 17-26.

- LAS HERAS, P.; CORTAJARENA, E. (1979). *Introducción al bienestar social*. Madrid: Federación Española de Asociaciones de Asistentes Sociales.
- LEE, S.H (2014). Historical perspectives in public health. Experiences from Hong Kong. En GRIFFITHS, S.M; TANG, J.L.; YEOH, E.K (Editors). *Routledge Handbook of Global Public Health in Asia* (pp.5-24). Abingdon (Oxon) and New York: Routledge.
- LEÓN, O.G.; MONTERO, I. (2003). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. Madrid: Mc Graw Hill.
- LIU, E. E. (1994) The Medical Social Work Service in the Hong Kong Hospital Authority: A Case for Reform. *Asian Journal of Public Administration*, 16 (2), 182-208.
- LÓPEZ, J.M. (2002). *La Medicina en la Historia*. Madrid: La Esfera de los Libros.
- LÓPEZ, M. L. (1996). El hospital como objeto histórico: los acercamientos a la historia hospitalaria. *Revista d'Història Medieval*, nº 7, 192-204.
- LÓPEZ-IBOR, J.J.; ORTIZ, T.; LÓPEZ-IBOR, M.I. (1999). *Lecciones de Psicología Médica*. Barcelona: Masson.
- LOSCERTALES, F.; GÓMEZ, A. (1999). *La comunicación con el enfermo: Un instrumento al servicio de los profesionales de la salud*. Granada: Alhulia.

- MAÑAS, M.D.; MARCHÁN, E.; CONDE, C.; SANCHEZ.S.; SANCHEZ-MAROTO, T.; MOLINA, M.C. (2005). Deterioro de la capacidad funcional en pacientes ancianos ingresados en un Servicio de Medicina Interna. *Anales de Medicina Interna*, vol.22, nº3, 130-132.
- MARTÍNEZ, L. (2008). Pobres, pobreza y asistencia en la Edad Media Hispana. Balance y perspectivas. *Medievalismo*, nº 18, 67-107.
- MARTÍNEZ, L.M (2009). Función educativa de los hospitales y hospicios en España hasta la primera mitad del siglo XIX. La Cuna de Expósitos en las Palmas de Gran Canaria: de la respuesta socioeducativa a la lucha por la supervivencia. En BERRUEZO, M.R.; CONEJERO, S. (Coord.) *El largo camino hacia una educación inclusiva. La educación especial y social del siglo XIX a nuestros días: XV Coloquio de Historia de la Educación, Pamplona-Ureña, 29,30 de junio y 1 de julio de 2009*, Vol. 2 (pp. 225-234). Pamplona: Universidad Pública de Navarra.
- MASLOW, A.H. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- MCLEOD, E., BYWATERS, P. (2000). *Social Work, Health and Equality*. New York: Routledge.
- *Memoria 2011*. Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid.
- *Memoria 2012*. Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid.
- *Memoria 2009 Hospital Universitario del Sureste*. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- *Memoria 2013 Hospital Universitario del Sureste*. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

- MINISTERIO DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL DE ESPAÑA (2007). Actualidad de la reforma sanitaria en los Estados Unidos. *Actualidad Internacional Sociolaboral*, nº 99, 62-73.
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2012). *Sistema Nacional de Salud SNS España 2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría General Técnica.
- MINISTRY OF HEALTH & CHILD WELFARE OF ZIMBABWE (2011). Health Transition Fund. A Multi-donor Pooled Transition Fund for Health in Zimbabwe: Supporting the National Health Strategy to improve access to quality health care in Zimbabwe. *Unicef*. Recuperado el 22 de enero de 2015:  
[http://www.unicef.org/zimbabwe/ZIM\\_resources\\_htfoutline.pdf](http://www.unicef.org/zimbabwe/ZIM_resources_htfoutline.pdf)
- MINISTRY OF HEALTH & CHILD WELFARE OF ZIMBABWE. The National Health Strategy for Zimbabwe (2009-2013): Equity and quality in health a people's right. *World Health Organization*. Recuperado el 22 de enero de 2015:  
[http://www.who.int/workforcealliance/countries/zwe\\_healthStrategy.pdf?ua=1](http://www.who.int/workforcealliance/countries/zwe_healthStrategy.pdf?ua=1)
- MONDRAGÓN, J.; TRIGUEROS, I. (1999). *Manual de prácticas de Trabajo social en el campo de la salud*. Madrid: Siglo XXI España editores.
- MONGE, M.; LÓPEZ, C. (1998). La controversia sobre la asistencia social y hospitalaria en el siglo XVI. *Cultura de los Cuidados*, nº 3, 30-40.
- MORENO-ALTAMIRANO, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud pública de México*, vol.49 (1), 63-70.

- NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS [NASW] (2005). *NAWS Standards for Social Work Practice in Health Care Settings. NAWS*. Recuperado el 1 de febrero de 2015: <http://www.socialworkers.org/practice/standards/NASWHealthCareStandards.pdf>
- NASW (2011). *Social Workers in Hospitals and Medical Centers: occupational profile. Center for Workforce Studies*. Recuperado el 1 de febrero de 2015: <http://workforce.socialworkers.org/studies/profiles/Hospitals.pdf>
- NÚÑEZ, J.M. (1999). *El Hospital General de Madrid en el siglo XVIII: actividad médico-quirúrgica*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).
- OBSERVATORIO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2014) *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- OMS (2000). *Informe sobre la salud en el Mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. World Health Organization*. Recuperado el 9 de septiembre de 2013: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf)
- OMS (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada durante la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York en 1.946, que entró en vigor el 7 de abril de 1.948. World Health Organization*. Recuperado el 18 de septiembre de 2012: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf?ua=1](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS] (1978) *Atención Primaria de Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978*. Recuperado el 18 de junio de 2013: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>

- PADULA, C. (1995).El Trabajo Social en el Sistema Sanitario. *Trabajo Social y Salud*, nº 20, 47-54.
- PALAFOX, J.A. (1987).Importancia del trabajador social en el campo sanitario. *Cuadernos de trabajo social*, nº 0, 125-134.
- PENZO, W. (1990).*Licenciatura Psicología médica*. Barcelona: Salvat.
- PÉREZ LÓPEZ, C. (2001) *Técnicas Estadísticas con SPSS*. Madrid: Prentice Hall.
- PÉREZ, R.A. (1991) *Metodología de la Investigación científica: Aplicada a la Salud Pública*.México D.F.: Trillas.
- POMAR, F.J. (2008) *La intervención profesional de los trabajadores sociales. Tesis doctoral*. Universidad Pontificia de Salamanca.
- RAMOS, C. (2003) .Las necesidades sociales. Conceptos. Perspectivas en el análisis de las necesidades sociales. Problemas sociales y necesidades. En Fernández, T.; Alemán, C. (Coords.). *Introducción al trabajo social* (pp.340-372). Madrid: Alianza.
- REDER, M. (2002).Asistencia social y hospitalaria en el siglo XVI: el caso de Marbella. *Baetica*, nº 24, 414-424.
- REHR, H.; ROSENBERG, G. (2006).*The Social Work-Medicine Relationship: 100 Years at Mount Sinai*. Binghamton, New York: Taylor & Francis.
- RICO, F.G.; BOTELLA, M.; VARGAS, L. (2001).Medicina y teorías de las enfermedad en el Viejo Mundo. La antigüedad remota. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, vol.14, nº3,178-195.

- RIECHMANN, J. (Coord.) (1998). *Necesitar, desear, vivir. Sobre necesidades, desarrollo humano, crecimiento económico y sustentabilidad*. Madrid: Los libros de la Catarata.
- RODRÍGUEZ, P. (1991-1992). Abordaje histórico de las instituciones benéfico asistenciales de la ciudad de Badajoz. *Norba*, nº 11-12, 261-628.
- RODRÍGUEZ-MARÍN, J.; PASTOR, M.A.; LÓPEZ-ROIG, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, vol.5, 349-372.
- ROMERO, HA... [et al.] (2011). Galeno de Pérgamo: Pionero en la historia de la ciencia que introduce los fundamentos científicos de la medicina. *Anales Médicos Asociación Médica Centro Médico ABC*, vol.56, nº 4, 218-225.
- ROSEN, G. (2005). *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. Argentina: Siglo XXI.
- ROSENBERG, G.; CLARKE, S.S. (1988). *Social Workers in Health Care Management: The Move to Leadership*. New York: The Haworth Press.
- RUBÍ, C. (1991). El análisis de las necesidades y recursos desde la perspectiva del Trabajo Social. *Servicios Sociales y Política Social*, nº 21, 6-19.
- RUIZ, R.; SEGATORE, L.; POLI, G. (1988). *Nuevo diccionario médico*. Barcelona: Teide.
- SAIZ, A. (2006). Historia del Hospital General o Provincial de Madrid, cuna de un Servicio de Urología centenario. *Archivos Españoles de Urología*, vol. 59, nº7, 663-673.



- SALUD MADRID (2008) *Proyecto de unificación de las denominaciones y los criterios de admisión de las Unidades Asistenciales en los hospitales de media y larga estancia de la Comunidad de Madrid.*
- SAMBRICIO, C. (1982).El Hospital General de Atocha en Madrid, un gran edificio en busca de autor. Las intervenciones de Ventura Rodríguez, José Hermosilla y Francisco Sabatini. *Arquitectura*, nº 239, 44-52.
- SAN MARTÍN, H (2008).*Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas: Salud y enfermedad.* México: La Prensa Médica Mexicana.
- SENADO, J. (1995).Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, nº 15 (4), 453-460.
- SENDRAIL, M. (1983).*Historia cultural de la enfermedad.* Madrid: Espasa Calpe.
- SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD [SES] (2007).*Organización y funcionamiento del Trabajo Social Sanitario en Atención Primaria de Salud.* Badajoz: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud.
- SERVICIO SOCIAL DEL HOSPITAL DE PEDIATRÍA “PROFESOR DR. JUAN P. GARRAHAN” (1996).*Trabajo Social Hospitalario: práctica y quehacer profesional.* Buenos Aires: Espacio Editorial.
- SEVILLA, F. (2006).*La Universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social.* Fundación Alternativas. Estudio cofinanciado por FIPROS (Fomento de la Investigación de la Protección social), Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- SILES, J. (1999). *Historia de la Enfermería*. Alicante: Aguaclara.
- SUÁREZ, F.; OTERINO, D.; PEIRÓ, S.; LIBRERO, J.; BARRERO, C.; PARRAS, N.; CRESPO, M.A.; PERÉZ-MARTÍN, A. (2001). Factores asociados con el uso y adecuación de la hospitalización en personas mayores de 64 años. *Revista Española de Salud Pública*, vol.75, nº 3, 232-248.
- SUÁREZ, M.A. (2011). Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Revista Médica (La Paz)*, vol. 17, nº1, 60-67.
- VALLEJOS, A.F. (Coord.), Agudo, Y... [Et al.] (2011). *Investigación social mediante encuestas*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- VALLES, M. S. (1997) *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis: Madrid.
- VÁZQUEZ, S.; CID DE LEÓN, B.G.; PIMENTEL, J. (2014). La práctica del Trabajo Social en salud desde la perspectiva de los modelos de intervención. *Comunitaria*, nº 7, 51-67.
- VEGA, O.M.; GONZÁLEZ, D.S. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, nº 16, 1-11.
- VEGA-FRANCO, L. (2002). Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica. *Salud Pública de México*, vol. 44, 258-265.
- VERGARA, M.C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, vol.12, 41-50.

- VILLANUEVA-MEYER, M. (2011). Thomas Sydenham (1624-1689): El “Hipócrates inglés”. *Galenus*, nº 26, 80-81.
- VIVES, J.L. ([1525] 1992) *Del Socorro de los pobres*. Barcelona: Hacer.
- WONG, C., CHAN, B., TAM, V (2000). Medical social workers in Hong Kong hospitals. *International Social Work*, 43 (4), 495-516.

## REFERENCIAS LEGISLATIVAS CONSULTADAS

- España. Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de diciembre de 1978, núm. 311.
- España. Decreto 1403/1964, de 30 de abril, sobre reglamentación de las Escuelas para la formación de Asistentes Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de mayo de 1964, núm. 117.
- España. Decreto 110/1997, de 11 de septiembre, sobre autorización de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, 24 de septiembre de 1997, núm. 227.
- España. Decreto 51/2006, de 15 de junio, del Consejo de Gobierno, Regulador del Régimen Jurídico y Procedimiento de Autorización y Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, 15 de junio de 2006, núm. 150.
- España. Ley 14 de diciembre de 1942, por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad. *Boletín Oficial del Estado*, 27 de diciembre de 1942, núm. 361.

- España. Ley 37/1962 de 21 de julio, sobre Hospitales. *Boletín Oficial del Estado*, 23 de julio de 1962, núm. 175.
- España. Ley 193/1963 de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, 30 de diciembre de 1963, núm. 312.
- España. Ley 3/1977 de 4 de enero, sobre creación del Cuerpo Especial de Asistentes Sociales. *Boletín Oficial del Estado*, 8 de enero de 1977, núm. 7.
- España. Ley 14/86 de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de abril de 1986, núm. 101.
- España. Ley 12/2001 de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, 26 de diciembre de 2001, núm. 306.
- España. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de noviembre de 2002, núm. 274
- España. Ley 11/2003 de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial del Estado*, 2 de julio de 2003, núm. 157
- España. Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de mayo de 2003, núm. 128
- España. Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, 22 de noviembre de 2003, núm. 280

- España. Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial del Estado*, 11 de febrero de 2010, núm. 37.
- España. Orden de 11 de febrero de 1986, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se desarrolla el Decreto 146/1985, de 12 de diciembre, de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, 22 de marzo de 1986, núm. 69.
- España. Real Decreto Ley 36/1978 de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo. *Boletín Oficial del Estado*, 18 de noviembre de 1978, núm. 276.
- España. Real Decreto 137/1984 de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. *Boletín Oficial del Estado*, 1 de febrero de 1984, núm. 27.
- España. Real Decreto 63/95 de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 10 de febrero de 1995, núm. 35.
- España. Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, 23 de octubre de 2003, núm. 254.
- España. Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. *Boletín Oficial del Estado*, 16 de septiembre de 2006, núm. 222.
- España. Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. *Boletín Oficial del Estado*, 21 de febrero de 2008, núm. 45.

- España. Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín Oficial del Estado*, 24 de abril de 2012, núm. 98.

## FUENTES ELECTRÓNICAS CONSULTADAS

- <https://www.aecc.es/Paginas/PaginaPrincipal.aspx> (Asociación Española Contra el Cáncer)
- <http://www.aha.org/> (Asociación Americana de Hospitales)
- <http://boe.es/> (Boletín Oficial del Estado)
- <http://catalogohospitales.sanidadmadrid.org/> (Portal de Salud de la Comunidad de Madrid)
- <http://www.census.gov/> (Oficina del Censo de Estados Unidos)
- <http://www.cms.gov/> (Centros de Medicare y Servicios Medicaid)
- <http://comtrabajosocial.com/> (Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid)
- [http://www.dh.gov.hk/english/main/main\\_orhi/list\\_ph.html](http://www.dh.gov.hk/english/main/main_orhi/list_ph.html) (Departamento de Salud de Hong Kong)
- <https://www.educacion.gob.es/teseo/irGestionarConsulta.do> (Base de datos TESEO de tesis doctorales)
- <http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/Paginas/inicio.aspx> (Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación de España)
- <http://www.gov.hk/en/residents/> (Gobierno de Hong Kong)
- [http://www.ha.org.hk/visitor/ha\\_visitor\\_index.asp?Content\\_ID=10049&Lang=ENG&Dimension=100&Parent\\_ID=10042](http://www.ha.org.hk/visitor/ha_visitor_index.asp?Content_ID=10049&Lang=ENG&Dimension=100&Parent_ID=10042) (Organismo Autoridad Hospitalaria de Hong Kong)
- <http://www.ibiae.com> (Asociación de empresas de IBI)

- <http://www.juntadeandalucia.es/index.html> (Portal de la Junta de Andalucía)
- [www.madripedia.es/wiki/Portada](http://www.madripedia.es/wiki/Portada) (Enciclopedia local libre de la ciudad de Madrid)
- <http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=ComunidadMadrid/Home> (Portal de la Comunidad de Madrid)
- <http://mghpcs.org/> (Massachusetts General Hospital)
- <http://www.mep.gov.sa/themes/Dashboard/index.jsp> (Ministerio de Economía y Planificación de Arabia Saudí)
- <http://www.msssi.gob.es/> (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España)
- <http://naswfoundation.org/> (National Association of Social Workers Foundation)
- <http://oasis.lib.harvard.edu> (Biblioteca Universidad de Harvard)
- <http://redined.mecd.gob.es/> (Red de bases de datos de información educativa)
- [www.rae.es](http://www.rae.es) (Real Academia Española)
- <http://socialworkers.org/> (National Association of Social Workers)
- <http://www.who.int/es/> (Organización Mundial de la Salud)

# Anexos

## ANEXO I: Escala de Valoración Socio-familiar de Gijón

Nombre	Fecha
Unidad/Centro	Nº Historia
<b>RIESGO SOCIAL - ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR -</b>	
<p><b>Población diana:</b> Población mayor de 65 años. Se trata de una escala heteroadministrada de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems. El punto de corte para la detección de riesgo social es igual o mayor a 16. El punto de corte para la detección de riesgo social es 16. La probabilidad de riesgo es 78, la sensibilidad es 15.50, y la especificidad es 99.80.</p>	
<b>A. Situación familiar</b>	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
<b>B. Situación económica</b>	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
<b>C. Vivienda</b>	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
<b>D. Relaciones sociales</b>	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
<b>E. Apoyo de la red social</b>	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	





## ANEXO II: Escala de Sobrecarga del cuidador- Zarit

<b>Nombre</b>	<b>Fecha</b>
<b>Unidad/Centro</b>	<b>Nº Historia</b>

**CUESTIONARIO –ZARIT-**

Población cuidadora de personas dependientes. Es un cuestionario autoadministrado

<b>Instrucciones para la persona cuidadora:</b> A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.	<b>Nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Bastantes veces</b>	<b>Casi siempre</b>
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					



## ANEXO III: Cuestionario Apgar familiar

<b>Nombre</b>	<b>Fecha</b>
<b>Unidad/Centro</b>	<b>Nº Historia</b>

**PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR - CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR-**

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario que puede ser **autoadministrado o heteroadministrado** y que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7 - 10 puntos
- Disfuncional leve: 3 - 6
- Disfuncional grave: 0 - 2

**Versión heteroadministrada:** Leer las preguntas del cuestionario y señalar la respuesta del paciente.

**Versión autoadministrada:** Recortar por la línea de puntos y entregar al paciente para su cumplimentación.

---

<b>Nombre</b>	<b>Fecha</b>
<b>Unidad/Centro</b>	<b>Nº Historia</b>

**CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR**

**Instrucciones:** Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>			



## ANEXO IV: Cuestionario de Apoyo social percibido Duke

<b>Nombre</b>	<b>Fecha</b>				
<b>Unidad/Centro</b>	<b>Nº Historia</b>				
<b><u>CUESTIONARIO DUKE-UNC -</u></b>					
<b><u>Población diana:</u></b> Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado					
<b><u>Instrucciones para el paciente:</u></b>  En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	<b>Mucho menos de lo que deseo</b>	<b>Menos de lo que deseo</b>	<b>Ni mucho ni poco</b>	<b>Casi como deseo</b>	<b>Tanto como deseo</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>					



## ANEXO V: Fórmula de poblaciones finitas

$$n = \frac{Z^2 * P * Q * N}{e^2 (N-1) + Z^2 * P * Q}$$

### Leyenda:

**n** = Número de elementos de la muestra.

**N** = Número de elementos del universo.

**P/Q** = Probabilidades con las que se presenta el fenómeno.

**Z<sup>2</sup>** = Valor crítico correspondiente al nivel de confianza elegido: siempre se opera con valor sigma. Véase la tabla de valores de Z.

**E** = Margen de error o de imprecisión permitido (lo determinará el director del estudio).





## ANEXO VI: Cuestionario Pacientes-Familiares

### CUESTIONARIO PACIENTES-FAMILIARES

**FECHA:**

#### **1. Entrevista sobre el paciente realizada a:**

---

- ☐ Paciente
- ☐ Familiares
- ☐ Unidad familiar (paciente y familiares)
- ☐ Otros: \_\_\_\_\_

#### **2. Datos Sociodemográficos del paciente**

---

##### **2.1 Sexo**

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer

##### **2.2 Edad:**

- ☐ 18-30
- ☐ 31-45
- ☐ 46-60
- ☐ 61-75
- ☐ 76-90
- ☐ 91 o más

**2.3 Estado civil:**

- ☐ Soltero/a
- ☐ Casado/a
- ☐ Divorciado/a
- ☐ Viudo/a
- ☐ En pareja
- ☐ Otros: \_\_\_\_\_

**2.4 Ocupación laboral:**

- ☐ Trabajador/a no cualificado
- ☐ Trabajador/a cualificado
- ☐ Ama de casa
- ☐ Desempleado
- ☐ Jubilado
- ☐ Estudiante
- ☐ Otros: \_\_\_\_\_

**2.5 Nivel educativo:**

- ☐ Analfabeto
- ☐ Sabe leer y escribir
- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria
- ☐ F.P
- ☐ Estudios universitarios

**2.6 Unidad convivencial:**

- ☐ Vive solo
- ☐ Vive con su cónyuge
- ☐ Vive con hijos
- ☐ Vive en residencia
- ☐ No tiene domicilio fijo
- ☐ No tiene domicilio
- ☐ Otros: \_\_\_\_\_

**2.7 Situación económica:**

- ☐ Ingresos mensuales inferiores al SMI < 645 euros
- ☐ Ingresos mensuales iguales al SMI 645 euros
- ☐ Ingresos mensuales superiores al SMI > 645 euros
- ☐ Pensión de jubilación
- ☐ Pensión no contributiva (entre 92 – 365 euros)
- ☐ Prestación por desempleo
- ☐ Otros: \_\_\_\_\_

**2.8 Por su Municipio de residencia/empadronamiento:**

- ☐ Este es su Hospital de referencia
- ☐ Este no es su hospital de referencia

**2.9 ¿Han acudido alguna vez a Servicios Sociales de zona? :**

- ☐ SI
- ☐ NO
- ☐ Actualmente en seguimiento

**2.10 ¿Conoce algún tipo de recurso/ayuda social? :**

- ☐ Servicio de ayuda a domicilio
- ☐ Teleasistencia
- ☐ Residencia de estancia temporal
- ☐ Residencia indefinida
- ☐ Prestación económica: \_\_\_\_ Cuidador principal \_\_\_\_ Cheque Servicio
- ☐ Centro de día
- ☐ Servicio de comidas a domicilio
- ☐ Otros: \_\_\_\_\_

### **3. Datos Sanitarios del paciente**

---

**3.1 Ámbito donde se encuentra el paciente:**

- ☐ Urgencias
- ☐ Hospitalización

### 3.2 Patología/ Motivo de ingreso:

- ☐ Enfermedades cardíacas: arritmias, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, etc.
- ☐ Enfermedades infecciosas y parasitarias
- ☐ Enfermedades A. Respiratorio: EPOC, insuf. respiratoria, neumonía, bronquitis, etc.
- ☐ Enfermedades Sistema Nervioso: ACV, etc
- ☐ Enfermedades osteo-articulares: fracturas de cadera, lesiones de rodilla, etc.
- ☐ Enfermedades nutricionales, metabólicas.
- ☐ Enfermedades A. Digestivo: hemorragias, coleditiasis, pancreatitis, hepatitis, etc.
- ☐ Enfermedades A. Genitourinario
- ☐ Neoplasias/Cáncer
- ☐ Problemas relacionados con la medicación
- ☐ Trastornos mentales
- ☐ Otros: \_\_\_\_\_

### 3.1 Servicio médico a cargo del paciente:

- ☐ Cirugía general y Aparato Digestivo
- ☐ Digestivo
- ☐ Geriatria
- ☐ Ginecología y Obstetricia
- ☐ Medicina Interna
- ☐ Neumología
- ☐ Neurología
- ☐ Traumatología
- ☐ Urgencias
- ☐ Urología
- ☐ Otros: \_\_\_\_\_

**3.4 Tiempo transcurrido desde que el paciente ingresa o está pendiente de ingreso hasta la primera valoración social/ atención por trabajadora social:**

- ☐ < 24 horas
- ☐ 24-48 horas
- ☐ >48 horas
- ☐ >48 horas (por ser fin de semana )

## **4. Necesidades sociales originadas a consecuencia de la enfermedad**

---

**4.1 Área personal del paciente:**

A) Habilidades y competencias en las ABVD tras la enfermedad:

- ☐ Mayor dependencia
- ☐ Igual dependencia
- ☐ Menor dependencia
- ☐ El paciente es IABVD

**4.2 Área familiar del paciente:**

A) Al alta hospitalaria el paciente cuenta con cuidador principal (cónyuge, hijos, familiares) para ayudarle en los cuidados sociosanitarios que requiere :

- ☐ SI
- ☐ NO
- ☐ En caso **negativo** ¿Quién le cuidará? \_\_\_\_\_

- B) Al alta hospitalaria el cuidador principal (cónyuge, hijos, familiares) se ve capacitado para proporcionar los cuidados que requiere el paciente en el domicilio:

☐ SI

☐ NO

☐ En caso **negativo** ¿Por qué? \_\_\_\_\_

#### 4.3 Área económica y laboral del paciente

- A) El paciente cuenta con recursos económicos suficientes para asumir los gastos de medicación, acceder a recurso residencial cuando es la opción más adecuada, compra de prótesis necesarias, etc:

☐ SI

☐ NO

☐ En caso **negativo** ¿Quién los asumirá? \_\_\_\_\_

- B) La enfermedad ha provocado baja laboral en el paciente y reducción salarial repercutiendo en la unidad familiar :

☐ SI

☐ NO

#### 4.4 Área vivienda/domicilio del paciente:

- A) Vivienda con barreras arquitectónicas y/o vivienda inadecuada para el paciente tras la enfermedad:

☐ SI

☐ NO

☐ En caso **afirmativo** ¿Qué tipo de barrera o aspecto inadecuado de la vivienda existe?



A.1) En caso de ser afirmativa la pregunta anterior. **Tipo de solución:**

- ☐ El paciente realizará reforma para adaptar el domicilio (pagada por él)
- ☐ Los familiares pagarán la reforma (hijos, familiares) para adaptar el domicilio
- ☐ El paciente solicitará la ayuda existente en la Comunidad de Madrid para adaptar su domicilio
- ☐ Otros \_\_\_\_\_

B) El paciente no tiene domicilio y necesita centro para su periodo de recuperación.

- ☐ SI TIENE
- ☐ NO TIENE
- ☐ En caso **negativo** ¿Quién se lo proporcionará?:
  - ☐ Servicios Sociales
  - ☐ Emergencias Sociales
  - ☐ Samur Social
  - ☐ ONG
  - ☐ Asociación/Fundación
  - ☐ Otros: \_\_\_\_\_

#### 4.5 Área relacional/red social

A) El paciente ha contado con apoyo sociofamiliar durante el ingreso hospitalario:

- ☐ SI
- ☐ NO
- ☐ En caso **negativo** ¿Por qué? \_\_\_\_\_

- B) Posibilidad del paciente tras la enfermedad de seguir en actividades de ocio, vida comunitaria, etc.

☐ SI

☐ NO

## 5. Repercusiones a nivel personal y familiar de la enfermedad

---

### 5.1 Nivel personal (\* Contestar el apartado cuando el paciente pueda mantener conversación)

- A) ¿Tiene miedo/temor ante su futuro?

☐ SI

☐ NO

☐ En caso **afirmativo** ¿Por qué? \_\_\_\_\_

- B) ¿Está satisfecho con la ayuda que está recibiendo de sus familiares/ red de apoyo?

☐ SI

☐ NO

☐ En caso **negativo** ¿Por qué? \_\_\_\_\_

### 5.2 Nivel familiar (\*Contestar este apartado cuando existan familiares)

- A) ¿Piensa que debido al tiempo que va a tener que dedicar al paciente tras su enfermedad no va tener tiempo para usted?

☐ SI

☐ NO

☐ En caso **afirmativo** ¿Por qué? \_\_\_\_\_

B) ¿Se siente agobiado/a o estresado/estresada al intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con su vida familiar, laboral, estudios?

☐ SI

☐ NO

☐ En caso **afirmativo** ¿Por qué? \_\_\_\_\_

C) ¿Se siente preparado para brindar esa ayuda?

☐ SI

☐ NO

☐ En caso **negativo** ¿Por qué? \_\_\_\_\_

D) ¿Piensa que su vida social se va a ver modificada por tener que cuidar a su familiar?

☐ SI

☐ NO

☐ En caso **afirmativo** ¿En qué? \_\_\_\_\_

☐ Ocio

☐ Deporte y actividades al aire libre

☐ Aficiones

☐ Otros: \_\_\_\_\_

E) Tiene miedo/temor ante el futuro de su familiar:

☐ SI

☐ NO

☐ En caso **afirmativo** ¿Por qué? \_\_\_\_\_

F) Considera que su salud puede verse perturbada al tener que cuidar al familiar convaleciente?

☐ SI

☐ NO

☐ En caso **afirmativo** ¿Por qué? \_\_\_\_\_

## 6. Planificación del alta hospitalaria

---

6.1 ¿Existe necesidad de gestionar recurso/apoyo de cara al alta hospitalaria? :

☐ SI

☐ NO

\* Solo en caso de contestar afirmativamente esta pregunta contestar las 3 siguientes:

6.2 Recurso más adecuado para la ubicación del paciente al alta propuesto por el profesional:

☐ Hospital de apoyo de media y larga estancia

☐ Domicilio habitual

☐ Domicilio: Seguimiento por Atención primaria (Centro de Salud/ ESADP)

☐ Domicilio: Seguimiento por el Centro de Salud Mental

☐ Domicilio habitual con algún tipo de ayuda domiciliaria

☐ Residencia : \_\_Temporal \_\_Emergencia \_\_Indefinida

☐ Otros: \_\_\_\_\_

**6.3 Recurso preferido por el paciente y/o familiares para la ubicación del paciente al alta:**

- ☐ Hospital de apoyo de media y larga estancia
- ☐ Domicilio habitual
- ☐ Domicilio: Seguimiento por Atención primaria (Centro de Salud/ ESADP)
- ☐ Domicilio: Seguimiento por el Centro de Salud Mental
- ☐ Domicilio habitual con algún tipo de ayuda domiciliaria
- ☐ Residencia : \_\_Temporal \_\_Emergencia \_\_Indefinida
- ☐ Otros: \_\_\_\_\_

**6.4 Ubicación final del paciente al alta:**

- ☐ Hospital de apoyo de media y larga estancia
- ☐ Domicilio habitual
- ☐ Domicilio: Seguimiento por Atención primaria (Centro de Salud/ ESADP)
- ☐ Domicilio: Seguimiento por el Centro de Salud Mental
- ☐ Domicilio habitual con algún tipo de ayuda domiciliaria
- ☐ Residencia : \_\_Temporal \_\_Emergencia \_\_Indefinida
- ☐ Otros: \_\_\_\_\_

**6.5 ¿Se ha producido retraso del alta hospitalaria por problema social? :**

- ☐ SI
- ☐ NO
- ☐ En caso afirmativo ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**6.6 ¿Cree usted como paciente que la duración de la estancia hospitalaria ha sido la adecuada? :**

☐ SI

☐ NO

☐ NS/NC

☐ En caso **negativo** ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**6.7 ¿Cree usted como familiar que la duración de la estancia hospitalaria ha sido la adecuada?**

☐ SI

☐ NO

☐ NS/NC

☐ En caso **negativo** ¿Por qué? \_\_\_\_\_

## **7. Unidad de Trabajo Social**

---

**7.1 ¿Ha acudido usted/ustedes al trabajador social del hospital por iniciativa propia?**

☐ SI

☐ NO

☐ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**7.2 ¿Se ha sentido atendido?**

☐ SI

☐ NO

☐ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**7.3 ¿Qué pediría usted a los trabajadores sociales del hospital como paciente y/o familiar?**

**7.4 Nivel de satisfacción con la atención prestada por el trabajador social:**

- ☐ Muy satisfecho
- ☐ Bastante satisfecho
- ☐ Satisfecho
- ☐ Poco satisfecho
- ☐ Nada satisfecho
- ☐ N/s N/c

**7.5 ¿Ha/ Han acudido a otro trabajador social exterior del Centro para buscar ayuda/orientación?**

- ☐ SI
- ☐ NO
  - ☐ Servicios Sociales de zona
  - ☐ Centro de Salud
  - ☐ Centro de Salud Mental
  - ☐ Asociaciones /ONGS
  - ☐ Otros \_\_\_\_\_

**7.5.2 En caso afirmativo ¿En qué le han ayudado?:**

**7.5.3** En caso **afirmativo**: Nivel de satisfacción con la atención prestada por el trabajo social:

- ☐ Muy satisfecho
- ☐ Bastante satisfecho
- ☐ Satisfecho
- ☐ Poco satisfecho
- ☐ Nada satisfecho
- ☐ N/s N/c





ANEXO VII: Valoración del Riesgo Social al Ingreso Hospitalario

VALORACIÓN DEL RIESGO SOCIAL AL INGRESO HOSPITALARIO

AREA DE REMISIÓN

<input type="checkbox"/>	SERVICIO MÉDICO	<input type="checkbox"/>	ADMISIÓN	<input type="checkbox"/>	UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL
<input type="checkbox"/>	ENFERMERIA	<input type="checkbox"/>	ATENCIÓN AL PACIENTE	<input type="checkbox"/>	ATENCIÓN PRIMARIA
<input type="checkbox"/>	OTROS:				

PROBLEMAS DETECTADOS

<input type="checkbox"/>	MAYORES DE 75 AÑOS	<input type="checkbox"/>	DEMENCIA
<input type="checkbox"/>	ES UN INGRESO (Último mes)	<input type="checkbox"/>	ÚLCERAS POR PRESIÓN
<input type="checkbox"/>	VIVE SOLO O CON UN COMPAÑERO LIMITADO	<input type="checkbox"/>	ESTADO VEGETATIVO
<input type="checkbox"/>	NECESITA DE AYUDA PARA LAS A.B.V.D.	<input type="checkbox"/>	ACCIDENTE CEREBRO - VASCULAR
<input type="checkbox"/>	NO ACOMPAÑANTES EN LAS PRIMERAS 48 HORAS	<input type="checkbox"/>	CANCER TERMINAL / ENFERMEDAD QUE PREVEE CRONICIDAD GRAVE
<input type="checkbox"/>	ABANDONO DEL PACIENTE	<input type="checkbox"/>	TRAUMATISMO (REHABILITACION PROLONGADA PARA LA AUTONOMIA)
<input type="checkbox"/>	SOSPECHA DE MALOS TRATOS	<input type="checkbox"/>	PALIATIVOS
<input type="checkbox"/>	MARGINACION SOCIAL	<input type="checkbox"/>	COSUMIDOR DE TOXICOS
<input type="checkbox"/>	ENTORNO DISFUNCIONAL (NO RECOMENDADA LA VUELTA DEL PACIENTE AL MISMO)	<input type="checkbox"/>	TRASTONO ALIMENTARIO
<input type="checkbox"/>	OTROS		

**VALORACIÓN DE LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL**

VALORACION SOCIAL

1/ SE INTERVIENE DESDE UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL:

1.1. INFORMACION - ORIENTACION.....

1.2. NECESIDAD DE PLANIFICACION, ALTA COORDINADA.....

2/ NO ES NECESARIA INTERVENCION SOCIAL.....

Fecha \_\_\_\_\_ TRABAJADORA SOCIAL \_\_\_\_\_

## ANEXO VIII: Guión entrevista a Profesionales del Centro

### ENTREVISTA A PROFESIONALES DEL CENTRO

**FECHA:**

**CATEGORIA/PUESTO:**

1. ¿Cuál piensa que es la función/funciones del Trabajador Social en el Hospital?

2. ¿Cree que cumple las funciones descritas por usted?

☐ SI

☐ NO

En caso **negativo** ¿Por qué?

3. ¿Cómo complementa su trabajo?



## ANEXO IX: Relación de cuadros, figuras, gráficos y tablas.

	Pág.
<b>CUADROS</b>	
Cuadro 2.1. Trabajo social Hospitalario: Comparativa entre países.....	101
Cuadro 3.1 Centros de apoyo de media y larga estancia.....	126
<b>FIGURAS</b>	
Figura 2.1. Imagen de Ida Cannon y el Dr. Richard Cabot en el Departamento de Servicio Social del Hospital General de Massachusetts.....	58
Figura 6.1. Fotografía panorámica del Hospital Universitario del Sureste.....	190
Figura 6.2. Consulta Externa.....	191
Figura 6.3. Habitación.....	191
Figura 6.4. Consulta Externa pediátrica.....	192
Figura 6.5. Sala de espera pediátrica del Servicio de Urgencias.....	192
Figura 6.6. Mapa de acceso al Hospital Universitario del Sureste.....	193
Figura 6.7. Mapa del área sanitaria del Hospital Universitario del Sureste.....	194
Figura 6.8. Estructura de la población por sexo y grupos de edad.....	195
<b>GRÁFICOS</b>	
Gráfico 7.1 Distribución de la muestra por sexo.....	215
Gráfico 7.2 Distribución de la muestra por edad.....	216
Gráfico 7.3 Distribución de la muestra por estado civil y sexo.....	218
Gráfico 7.4 Distribución de la muestra por ocupación laboral.....	219
Gráfico 7.5 Distribución de la muestra por nivel educativo.....	221
Gráfico 7.6 Distribución de la categoría “ Otros” en la variable situación económica.....	224
Gráfico 7.7 Hospital de referencia.....	225
Gráfico 7.8 ¿Han acudido alguna vez a Servicios Sociales? (Distribución por sexo).....	226

Gráfico 7.9	Ámbito donde se encuentra el paciente.....	228
Gráfico 7.10	Tiempo transcurrido desde que el paciente ingresa o está pendiente de ingreso hasta la primera atención por el trabajador social.....	233
Gráfico 7.11	Al alta hospitalaria el paciente cuenta con cuidador principal.....	239
Gráfico 7.12	Al alta hospitalaria el cuidador principal se ve capacitado para proporcionar los cuidados que requiere el paciente en el domicilio.....	240
Gráfico 7.13	Recursos económicos suficientes.....	243
Gráfico 7.14	La enfermedad ha provocado baja laboral en el paciente y reducción salarial.....	244
Gráfico 7.15	Vivienda con barreras arquitectónicas/ inadecuada para el paciente.....	245
Gráfico 7.16	El paciente ha contado con apoyo sociofamiliar durante el ingreso hospitalario (distribución por sexo).....	250
Gráfico 7.17	Posibilidad del paciente tras la enfermedad de seguir en actividades de ocio, vida comunitaria, etc.....	252
Gráfico 7.18	Nivel personal ¿Tiene miedo/temor ante su futuro?.....	253
Gráfico 7.19	¿Está satisfecho con la ayuda que está recibiendo de sus familiares/red de apoyo?.....	255
Gráfico 7.20	¿Piensa que su vida social se va a ver modificada por tener que cuidar a su familiar?.....	261
Gráfico 7.21	¿Considera que su salud puede verse perturbada al tener que cuidar al familiar convaleciente?.....	263
Gráfico 7.22	¿Existe necesidad de gestionar recurso/apoyo de cara al alta hospitalaria?.....	265
Gráfico 7.23	Comparativa entre el recurso elegido por el profesional, el preferido por el paciente y/o familiares, y la ubicación final del paciente al alta.....	274
Gráfico 7.24	¿Se ha producido retraso del alta hospitalaria por problema social? (en razón del sexo del paciente).....	275
Gráfico 7.25	Comparativa entre pacientes y familiares respecto a si creen que la estancia hospitalaria ha sido adecuada o no.....	279
Gráfico 7.26	¿Ha acudido usted/ustedes al trabajador social del Hospital por iniciativa propia?.....	282

Gráfico 7.27	¿Se ha sentido atendido/a?.....	284
Gráfico 7.28	Nivel de satisfacción con la atención prestada por el trabajador social.....	287
Gráfico 7.29	Nivel de satisfacción con la atención prestada por el trabajador social (externo al Hospital).....	289
Gráfico 7.30	Categoría profesional.....	290
Gráfico 7.31	Funciones identificadas por los profesionales del Hospital de un trabajador social.....	292
Gráfico 7.32	¿ Cree que cumple las funciones descritas por usted?.....	293

## TABLAS

Tabla 7.1	Entrevista realizada a: .....	214
Tabla 7.2	Distribución de la muestra por edad.....	216
Tabla 7.3	Distriución de la muestra por sexo y edad.....	217
Tabla 7.4	Distribución de la muestra por estado civil y sexo.....	218
Tabla 7.5	Distribución de la muestra por ocupación laboral y sexo.....	220
Tabla 7.6	Distribución de la muestra por unidad convivencial.....	222
Tabla 7.7	Distribución de la muestra por su situación económica.....	224
Tabla 7.8	¿Conoce algún tipo de recurso/ayuda social?.....	227
Tabla 7.9	Patología/Motivo de ingreso del paciente.....	230
Tabla 7.10	Servicio médico a cargo del paciente.....	231
Tabla 7.11	Tiempo transcurrido desde que el paciente ingresa o está pendiente de ingreso hasta la primera valoración social/atención por el trabajador social, por ámbito donde se encuentra el paciente durante el primer contacto de la entrevista.....	234
Tabla 7.12	Habilidades y competencias del paciente tras la enfermedad.....	235
Tabla 7.13	Patología/Motivo de ingreso vs Habilidades y competencias del paciente tras la enfermedad.....	237



Tabla 7.14	Habilidades y competencias del paciente en las ABVD tras la enfermedad y al alta hospitalaria el cuidador principal se ve capacitado para proporcionar los cuidados que requiere el paciente en el domicilio.....	242
Tabla 7.15	Tipo de solución.....	247
Tabla 7.16	Habilidades y competencias del paciente en las ABVD tras la enfermedad y vivienda con barreras arquitectónicas y/o vivienda inadecuada tras la enfermedad.....	249
Tabla 7.17	El paciente no tiene domicilio y necesita centro para su periodo de recuperación .....	249
Tabla 7.18	¿Piensa que debido al tiempo que va a tener que dedicar al paciente tras su enfermedad no va a tener tiempo para usted?.....	257
Tabla 7.19	¿Se siente agobiado/a o estresado/a al intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con su vida familiar, laboral, estudios?.....	258
Tabla 7.20	¿Se siente preparado para brindar esa ayuda?.....	259
Tabla 7.21	En caso de ser afirmativa la pregunta anterior ¿En qué?.....	262
Tabla 7.22	Recurso propuesto por el profesional.....	268
Tabla 7.23	Servicio médico a cargo del paciente y recurso propuesto por el profesional.....	269
Tabla 7.24	Recurso propuesto preferido por el paciente y/o familiares.....	271
Tabla 7.25	Ubicación final del paciente al alta en función del sexo .....	272
Tabla 7.26	¿Cree usted como paciente que la duración de la estancia hospitalaria ha sido adecuada? (distribución en función del sexo).....	276
Tabla 7.27	Tabulación cruzada: Servicio médico a cargo del paciente durante su ingreso/ ¿Cree usted como paciente que la duración de la estancia hospitalaria ha sido adecuada?.....	278
Tabla 7.28	Tabulación cruzada: Servicio médico a cargo del paciente durante su ingreso/ ¿Cree usted que la duración de la estancia hospitalaria ha sido adecuada?.....	281





“El doctor está entrenado para que en sus estudios médicos pueda concentrarse en un campo restringido y estudiarlo minuciosamente. El trabajador social está entrenado para mantener los ojos abiertos en cada aspecto de la vida”

*(Dr. Richard C. Cabot. 1915)*